

PROPUESTA DE REFORMA A LA LEY 100 DE 1.993 Y 1122 DE 2007

A raíz de la declaratoria de inexequibilidad de la Emergencia social por parte de la Corte Constitucional, El **Colegio Nacional de Médicos Generales de Colombia** (CONAMEG), presenta a consideración de ustedes (académicos, investigadores, técnicos y políticos), las siguientes propuestas las cuales deben hacer parte del proceso de reforma a la salud:

1-Dar por terminado el contrato fiduciario para el manejo de los recursos de las cuatro subcuentas del Fosyga y hacer efectivo en el corto plazo los TES, CDT y Bonos que hay en el mercado especulativo comprados con recursos para salud. El consorcio Fidufosyga es el encargo fiduciario del país que más recursos mueve, constituida por 9 reconocidos bancos, y cuyo contrato permite administrar recursos públicos anuales en cifras que han variado de \$5 a \$11 billones de pesos de recursos de la salud. Como producto de esta intermediación, captaron beneficios en el año 2007 por \$ 1.1 billones, es decir, la 1/5 parte del total de la rentabilidad del sector financiero del país durante un año.

El Fosyga tiene bajo su responsabilidad la administración de cuatro subcuentas con un volumen alto de recursos para salud. Solo en el año 2006, las compañías aseguradoras expendedoras de las pólizas para cubrimiento de las lesiones producidas en accidentes de tránsito transfirieron a la subcuenta del ECAT (Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito) del Fosyga \$394.000 millones, y de estos, solo se realizaron pagos por \$39.000 millones. Qué paso con el resto (\$ 355.000 millones). Quién ronda al Fosyga?. Es más, **el 78.3% de sus recursos se encuentran invertidos en títulos valores como TES, CDT y Bonos del mercado especulativo (\$5 billones)**. Se incentiva en forma perversa la búsqueda de rendimientos financieros desde el Ministerio de Protección Social sin importar la suerte económica de los otros actores.

2- Créase el Banco Nacional de la Seguridad Social en Salud instancia administradora y centralizadora de los recursos para el sector, a él se consignaran todos los recursos para la salud. Será una instancia administrativa, pública para garantizar un flujo ágil, adecuado, equitativo y equilibrado de los recursos, y además, evitar el desvío de los mismos. Las IPS públicas o privadas prestaran los servicios de atención en salud a todos los

colombianos que los demanden con la sola presentación de su carnet y posteriormente cobraran los servicios prestados al Banco Nacional de la Seguridad Social, quien posterior a una actividad de auditoria de cuentas, girará a los prestadores el valor de los servicios facturados. Se establece entonces, lo que lenguaje técnico, se denomina giros sin situación de fondos para las IPS.

3- Desaparecen las entidades promotoras de salud (EPS) como intermediarias tanto del régimen contributivo como del subsidiado, del sector público y del privado. Toda intermediación hace más costoso cualquier producto, bien o servicio, y esto es lo que ha venido sucediendo al interior del SGSSS, y además, no ha aportado ningún valor agregado razonable al sistema y han sido generadores de barreras de acceso y de negación al derecho a la salud.

Cada gasto innecesario causado contra los recursos del SGSSS representa menos pacientes atendidos y lesión de la calidad de la atención. Las EPS tornaron más oneroso el sistema en detrimento de la cobertura, de la calidad de la atención y llevando a crisis financiera a los prestadores públicos y privados que con los proveedores de insumos hospitalarios han venido subsidiando la prestación de los servicios de salud. Según las cuentas, las EPS invierten en salud solo un 70% y se están quedando con el 30% del total de los recursos (Barón, Gilberto).

4-Desaparece la denominación de régimen subsidiado, y de ahora en adelante, se denominará régimen solidario. La responsabilidad en la afiliación de nuestros conciudadanos tanto al régimen solidario como al contributivo será de las secretarías de salud. Un grave error de la ley 100/93, fue que no determinó mecanismos para cuantificar la demanda razón por la cual hoy todavía no sabemos cuántos están afiliados al SGSSS, y este grave error, ha servido como mecanismo facilitador para captar recursos inescrupulosamente del sistema.

Créase la Central Única de Afiliaciones y se establecen dos bases de datos a nivel nacional, una del régimen contributivo y la otra del régimen solidario. Quién adquiera capacidad de cotización en salud deja automáticamente de pertenecer al régimen solidario y pasa al régimen contributivo. La integración de las dos bases de datos conformará la Base Única de Datos de Afiliación (BUDA)

El SISBEN, sistema de selección de beneficiarios al subsidio en salud, además de ser insensible e inservible, no identifica y no mide adecuadamente quienes deben ser considerados pobres para efectos del aseguramiento. Por ser el SISBEN focalizador, excluyente, inequitativo e inoperante, desaparece como mecanismo de selección. Se utilizará como mecanismo de selección para aplicar a los beneficios del régimen solidario, un aplicativo que estará basado

en indicadores de medición de línea de pobreza por ser el más aproximado, a la medición de los factores coyunturales de pobreza como son los ingresos.

5-Existirán dos carnets, uno para el régimen contributivo y otra para el solidario, con cobertura en todo el territorio nacional. El afiliado podrá demandar servicios de atención en salud en la IPS pública o privada que le parezca según sus criterios de selección. La calidad en la atención será el que posicione en el mercado a las IPS y por el cual capten mayor o menor demanda. La calidad de la atención se constituirá en esta forma en el mecanismo regulador de la demanda en la atención.

6- Establecer un manual único tarifarlo para el cobro de los servicios de atención en salud prestados por las instituciones tanto públicas como privadas y no serán permitidas aquellas formas de contratación que trasladan el riesgo al prestador de servicios de atención en salud.

7- Para los usuarios del régimen contributivo la ley 100/93, significó un aumento de la cotización, una disminución del plan de beneficios y el tener que asumir unos costos adicionales como los llamados copagos y cuotas moderadoras. Un servicio pagado con antelación mediante la modalidad de prepago, cuando se demanda, hay que volverlo a pagar. Para los afiliados al régimen subsidiado, los copagos y cuotas moderadoras, se han convertido en barreras de acceso a los servicios de atención en salud. Por lo tanto, desaparecen los copagos y las cuotas moderadoras.

El estado estudiará la creación de un impuesto general para salud financiado por los empresarios y ciudadanos con capacidad de pago para financiar los gastos en salud y eliminar la evasión y la elusión por parte de los empleadores tanto del sector urbano como del sector rural.

8- Por cumplir un doble beneficio social, formar y cualificar recurso humano en salud y prestar servicios de atención, los hospitales universitarios, merecen recibir un tratamiento especial que los privilegie para poder seguir cumpliendo con su misión.

9- El aforismo de los salubristas, que “prevenir es más económico y fácil que curar”, es letra muerta al interior del SGSSS. Por lo anterior, la Salud Pública, es responsabilidad del estado. Es preocupante la ligereza administrativa de este gobierno y del ministro palacio frente a los recursos para la salud. Con relación a la pandemia de la influenza tipo A H1N1 ordenó una inversión desproporcionada, soportada en una decisión emotiva o “no racional”, desmedida e ineficaz, ineficiente y no costo/efectiva por un valor total de \$48.000 millones para la compra de 1.250.000 tratamientos del medicamento tamiflu utilizado para dicha enfermedad desconociéndose la información de ser poco efectivo. En Colombia, cada 4.2 minutos muere un niño por desnutrición, en un día llegan a 14, al mes suman 420 y al año son 5.000

niños muertos por física hambre sin que medien recursos de tal nivel de significancia.

10- Este modelo y sistema han convertido al médico y a todos los profesionales en operarios de un mercado creado con ánimo de lucro impactando negativamente las más mínimas reivindicaciones laborales del trabajador de la salud sufriendo en carne propia la perversidad de este modelo.

Toca ajustar lo a teniente al recurso humano para la salud en cuanto al tratamiento que económicamente deben justamente percibir como producto de su actividad laboral. Es menester tener en cuenta que si quien presta el servicio lo realiza en condiciones infraestructurales antitéticas, recibe un mal trato en educación médica continuada y salarialmente, el resultado de la atención va a tener deficiencias.

Por lo anterior se requiere: Un sistema único de vinculación laboral, estratificación laboral, nivelación salarial, y además establecer unos incentivos para los trabajadores del sector. Eliminar la vinculación laboral por intermedio de cooperativas o empresas intermediarias, exigimos que sea directamente con la empresa responsable de la prestación de los servicios de atención en salud. Reivindicar el contrato de trabajo a fin de obtener garantías laborales de origen constitucional, legal y convencional y eliminar toda forma atípica de contratación. Reivindicar la autonomía del médico en el acto médico en procura de brindar atención en salud digna, ética, en marco de los criterios técnico científicos. Definir unos ponderables para aquellos trabajadores de la salud que laboren en zonas especiales por razones de orden público, de población dispersa y en condiciones de riesgo. Concertar con los ministerios de protección social, de educación y el ICFES lo concerniente a las necesidades de recurso humano para el sector. Definir las responsabilidades frente aquellas condiciones infraestructurales y de aditamentos para la práctica profesional se preste en condiciones éticas. Establecer las responsabilidades que en educación médica continuada deben asumir el Minprotección social, las secretarías de salud, EPS e IPS. Concertar una actualización y unificación de la jurisprudencia sobre responsabilidad médica. Respeto a la misión médica. Ningún profesional de la salud será obligado a actuar en contra de la ética médica ni será sometido por parte de ninguno de los actores armados ni de las fuerzas del Estado colombiano a situaciones que vayan en contra del Derecho Internacional Humanitario. Deróguese la ley 1164 de 2007, del talento humano en salud por ser inoperante y no contribuir en nada al mejoramiento de la situación de los profesionales de la salud, de la calidad de la atención ni de la situación de salud de los colombianos.

11-Un solo POS para todos los colombianos. Si tenemos que el total de recursos destinados a salud tenemos ascienden a \$22 billones los que al

dividirlo entre los 45 millones de colombianos, sea cual sea su condición socioeconómica, grupo étnico, raza, credo, posición política nos correspondería de a \$ 488.888, valor que supera en la actualidad al de la UPS para el régimen contributivo (\$485.013), aproximadamente duplica a la del régimen subsidiado (\$281.836) y cuadriplica a la de los subsidios parciales. Hay recursos suficientes para todos los colombianos y acabamos con aquello de ciudadanos de primera, segunda y de tercera.

12-Se establecerá un Formulario Único Nacional de Medicamentos construido bajo criterios y variables de costo beneficio, y en donde las sociedades científicas, serán quienes propongan la inclusión de los preparados farmacológicos objeto de formulación por parte de los médicos en todo el territorio nacional. La política actual de liberación de precios en el mercado farmacéutico impulsada por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos deja de tener objeto y retornamos al régimen de control directo automático para los principios activos con menos de tres oferentes. Será asesor permanente en este tema el observatorio del medicamento de la Federación Médica Colombiana.

La avalancha de recobros por medicamentos no incluidos en POS, según dicho observatorio, para el cuatrienio 2006-2009 asciende a la suma de 4.2 billones de pesos y, en donde el Minprotecciónsocial, la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y las EPS son los que mayor cuota de responsabilidad tienen.

13-El constreñimiento del acto de los profesionales de la salud será objeto de sanción ejemplarizante.

14-Créase el defensor del enfermo en todo el territorio nacional.

15-La Superintendencia Nacional de Salud será la instancia administrativa para ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control de todos los actores del sistema de salud con independencia administrativa del ministerio del ramo.

16-Crease nuevamente el Ministerio de Salud

¡Otra situación en salud puede ser posible para los colombianos por fuera del modelo y concepción neoliberal!

Alberto Mendoza Aparicio M.D.

Presidente Colegio Nacional de Médicos generales de Colombia.

Bogotá, D.C, abril de 2009