

Reflexiones sobre el papel del profesional de la medicina en el sistema general de seguridad social colombiano

Thoughts about the physician's role in the Colombian general social security system

Luis Enrique Vásquez Pinto*

Vanessa Delgado Jaime*

Laura del Pilar Cadena Afanador, MD MSP**

Resumen

El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia ha sido objeto de múltiples controversias, y desde hace años el sistema bajo el cual se rige la prestación de los servicios de salud se encuentra en una crisis de la que aún se está buscando la salida. Dentro de este panorama, es necesario analizar el papel de los profesionales de la medicina, como uno de los actores vinculados en el sistema. Restricciones, limitados tiempos de consulta y remuneración injusta son problemas que aparecieron con la Ley 100 de 1993 y que analizando la nueva reforma de 2011 no parece que se esté planteando una solución definitiva a dichas problemáticas. Por lo tanto, se necesita que los profesionales de la medicina tomen conciencia del rol que les corresponde y bajo este, procuren el cambio que se necesita tomar para lograr un verdadero sistema de seguridad social que sea integral y que garantice la salud de la población. [Vásquez LE, Delgado V, Cadena LP. Reflexiones sobre el papel del profesional de la medicina en el sistema general de seguridad social colombiano. MedUNAB 2012; 15:79-87].

Palabras clave: Política de salud, Papel del médico, Sistemas de salud, Reforma de la atención de salud, Colombia.

Introducción

La salud en Colombia ha sido objeto de múltiples controversias, y recientemente el sistema bajo el cual se rige la prestación de los servicios de salud se encuentra en una crisis de la cual aún se está buscando alcanzar la salida. Desde el año 2009, se hizo pública la necesidad de una reestructuración profunda y no sólo reformas reglamentarias; así lo demuestran las constantes noticias de

Summary

The Health System in Colombia has been the subject of multiple controversies, and it has been on crisis many years without finding a way to recover. Within this scenario, it is necessary to analyze the role of physicians as one of the actors involved in the system. Restrictions, limited consultation times and unjust compensation are issues that appeared with Law 100 of 1993, and the new legal reform of 2011, doesn't seem to be a definitive solution to such problems. Additionally, health professionals are not always informed on the nature of the system itself and they end up being uninformed critics instead of playing an active role in improving the provision of health services to the community. Therefore, physicians need to become aware of their proper role and start seeking the change that needs to be taken in order to achieve a real social security system that is comprehensive and beneficial for the health of the Colombian population. [Vásquez LE, Delgado V, Cadena LP. Thoughts about the physician's role in the Colombian general social security system. MedUNAB 2012; 15:79-87].

Key words: Health Policy, Physician's Role, Health Care Reform, Health System, Colombia.

corrupción en el sistema,¹ los perfiles de morbilidad y mortalidad que no mejoran, el inconformismo de los usuarios y la red asistencial pública, entre otros.²

Dentro de este panorama, es necesario analizar el papel de los profesionales de la medicina, como uno de los actores vinculados en el sistema. Por tanto, el objetivo del presente texto es dar herramientas para la reflexión acerca del rol del profesional de la medicina en el actual sistema, según la organización, funcionamiento, reglamentación y la

*Estudiante, Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.

** Docente, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.

Correspondencia: Sr. Vásquez Pinto, E-mail: lvasquez9@unab.edu.co

Artículo recibido: 19 de Junio de 2012, aceptado: 26 de Septiembre de 2012.

implementación de las nuevas reformas puesto que es necesario que el futuro profesional tenga argumentos y propicie un espacio de acción crítica y activa frente al sistema de salud.

La Ley 100 de 1993 y la crisis en salud

El sistema de seguridad social colombiano se caracterizó en sus inicios por tener un manejo descentralizado en cuanto a las funciones administrativas y de planeación, el cual se empezó a organizar desde 1987 con el decreto 77 y la Ley 10 de 1990, hasta que en diciembre de 1993 se organizó el Sistema de Seguridad Social Integral, que incluía la organización del Sistema General de Pensiones, Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el Sistema General de Riesgos Profesionales. Este proceso de descentralización buscaba mejorar la prestación de los servicios y organizar los recursos humanos y económicos según las necesidades de cada región, como lo expresa la Ley 100: “*Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada por niveles de atención y con participación de la comunidad. La Ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.*”³

Los principios esenciales de la reforma al antiguo Sistema Nacional de Salud, fueron la equidad, la calidad, y el aumento de la cobertura principalmente en la población de bajos recursos, esto fundamentado en la bandera de salud para toda la población: “*el propósito fundamental de la Ley 100 de 1993 es alcanzar la cobertura universal en la prestación de servicios asistenciales de salud*”.³ Esta legislación escrita en el papel suena perfecto, pareciera que se solucionaría la problemática en cuanto a la salud del país; sin embargo, 19 años después de implementada la Ley 100, no se han observado todos los alcances esperados.⁴

Uno de los grandes logros ha sido el aumento de la cobertura, que inicialmente estaba en 23,7% de todos los colombianos, y para 2009 estaba en 88,4%,⁵ de ellos el régimen contributivo ascendió de 22,4% a 37,8%, mientras que el régimen subsidiado ascendió de menos del 18% en el año 1993 hasta 51,1% en la actualidad.^{6, 7} Este aumento de cobertura ha beneficiado a la población más vulnerable del país, las personas con bajos recursos o desplazadas. Sin embargo, ha traído dos grandes problemas, uno la catalogación de la población como “de bajos recursos” y el otro es el desbalance financiero.

El primer problema es la “rotulación” a través del Sisbén, la cual consiste en establecer los recursos económicos de la familia para identificar los niveles de pobreza y así determinar su potencialidad para recibir subsidios del Estado.⁸ Esta catalogación ha sido mal utilizada por políticos y los mismos usuarios, amparados por el Acuerdo 77 de 1997, que traslada la responsabilidad del Estado a los Municipios para ampliar la cobertura, clasificando a la

población según el Sisbén. Como producto, según encuentra Fresneda, hay un manejo inequitativo de este proceso, ya que de los 19 millones de pobres, sólo 8,9 están catalogados en el sisbén en nivel 1 y 2; además encontró que cerca de 10,6 millones de personas clasificadas en esos niveles no son pobres; y aunque no hay evidencias del manejo irregular, las cifras dejan entreverlo.⁹ Son estos procesos los que terminan por minar la confianza de la población hacia el sistema, generando deslegitimación de los estamentos gubernamentales.

El segundo problema es el desbalance financiero ya que el sistema tiene un modelo de mercado regulado, es decir, existe un mediador (asegurador o empresa promotora de salud-EPS) entre el servicio médico (instituciones prestadoras de servicios-IPS) y el usuario (cliente o paciente), quien vigila que se respeten las garantías del proceso, y se ofrezcan los planes de servicios (plan obligatorio de salud - POS) con calidad, eficiencia, libre elección y sin segmentación de la población.¹⁰ En este proceso netamente económico, el Estado juega un papel de fiscalizador de la gestión, regulador del asegurador y financiador para el sector que está en menores condiciones económicas de acceder a los servicios. Este esquema revela una lógica perversa de convertir la salud en un producto que se puede comprar con servicios de asistencia y se requiere un modelo firme, legítimo, cohesionado y bien estructurado para que no ocurran casos de evasión, elusión y corrupción; sin embargo este no ha sido el caso de la implementación en Colombia, que ha mostrado una alta fragmentación en la administración, vigilancia y control; un POS inequitativo, unos costos elevados en la financiación de las EPS y un aumento de los costos que debe financiar el Estado sin los fondos para tal efecto.¹¹

Para algunos autores, una vez se estableció la reforma, se podría decir que la salud se convirtió en un negocio, como menciona Gómez: “*En poco tiempo las aseguradoras se consolidaron como uno de los sectores económicos de mayor desarrollo, fortalecieron su poder financiero, traspasaron su negocio inicial e incursionaron en la prestación directa de los servicios con lo que mejoraban sus ganancias.*”¹² Alimentando esta situación se ha visto la importancia que estas le dan a la reducción de costos buscando la supuesta sostenibilidad del sistema, haciendo a un lado la calidad y equidad de los servicios. A pesar que la función de las EPS es organizar y garantizar directa o indirectamente la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados así como promover la afiliación de grupos que no se encuentren actualmente inscritos,¹³ pareciera que la función más importante es la de garantizar que sean una empresa económicamente rentable.

Sobre este último punto es importante destacar que el sistema se sustenta financieramente con los aporte del empleador-trabajador para el régimen contributivo y parte del subsidiado, y por los recursos fiscales nacionales de impuestos para el régimen subsidiado y la atención en salud pública.⁹ A nivel nacional, el porcentaje del PIB se ha mantenido entre 6 y 8% para salud; sin embargo, con el

aumento de la cobertura, existe un aumento de la demanda de servicios por el régimen subsidiado, a lo cual el Estado no ha respondido de forma eficiente y con tres agravantes: primero el *pari-passu*, una figura donde por cada peso que el régimen contributivo le daba para financiar el subsidiado, el Estado daba otro para dicha cuenta; no obstante, éste último no había cumplido el traslado de fondos, lo que generaba un déficit fiscal en la subcuenta de solidaridad del Fondo de Seguridad y Garantía – FOSYGA. Por lo anterior en el año 2001, se crea la Ley 715 para disminuir la deuda, que pasa a ser 25 centavos por cada peso aportado; y en la actualidad la deuda sigue creciendo, lo cual representa un gran vacío fiscal.¹⁴

El segundo agravante es la portabilidad para el régimen subsidiado, pues la utilización en otra ciudad/municipio diferente al sitio donde fue afiliado, generaba sobre costos que son asumidos por el departamento y no por la aseguradora, antigua aseguradora del régimen subsidiado (ARS). En parte este problema se buscó controlar con la posibilidad que las EPS también administraran el régimen subsidiado, erradicando la figura de ARS para disminuir el peculado en los municipios, y con el principio de portabilidad que propone la Ley 1438 de 2011, pero con el inconveniente de la ineficiencia del sistema de información que permita corroborar en tiempo real las condiciones de afiliación y la calidad y transparencia de la información.

El tercer problema es la disparidad del POS entre regímenes, que ha aumentado el número de demandas por tutela para cubrir el 40% de procedimientos y medicamentos que no están cubiertos y que por la sentencia 760 de 2008, el Estado está en la obligación de homologar. Aquí viene otro aspecto de discusiones sobre el sistema y es la figura constitucional de la tutela, cuya finalidad es garantizar el cumplimiento de los derechos fundamentales.⁵ A este respecto, y dado el aumento de tutelas sobre salud (a 2005 su crecimiento fue del 280%), existen varios elementos que impactan al sistema tanto en calidad-equidad, como en la financiación del mismo. Sobre calidad, el reporte de la defensoría del pueblo mostró que el 56,4% de las tutelas entre 2003-2005 fueron por negación de contenidos del POS, en parte por la falta de reglamentación y fiscalización del mismo, lo cual redundaba en negación de derechos ya adquiridos, inequidades, demoras en los procedimientos y deterioro en la calidad y relación médico-paciente.¹⁵

Además, esta situación afecta financieramente al sistema pues por Ley, es el Estado quien debe pagar el costo de los procedimientos autorizados por la tutela, llegando entonces a que un procedimiento se pague doble, pues la EPS recibe el dinero del POS, y además le pagan por vía tutela otra vez el mismo procedimiento. Ante eso la Ley 1122, por el artículo 14, obligaba a que la EPS asumiera la mitad del dinero de los contenidos aprobados por tutela;¹⁶ sin embargo, sigue siendo rentable para la EPS los servicios por esta vía. Aunado a esto hay que tener en cuenta que del 100% de los recursos para salud, el 15,5% se derivan a la

administración, es decir al pago de las EPS por la gestión de aseguramiento, el 10,3% para inversión en infraestructura y el 64,7% para atención en salud; de los cuales 6,75% son para promoción y prevención y 1,9% para programas de salud pública,³ lo cual muestra que la salud pública vale menos que las EPS.

Otro aspecto que se ha reformado son los indicadores de calidad y equidad medidos en parte por los indicadores de salud. Céspedes y col, realizaron una medición de dos indicadores de calidad y equidad, encontrando que la concentración de los servicios de salud y el acceso de la población afiliada fue mayor con la nueva reforma, sin embargo, con la inclusión de las EPS se generó una afiliación con selección sesgada de riesgos y con riesgo moral, lo cual afecta la equidad, principalmente para el régimen subsidiado.⁷ A este respecto, el gobierno creó la Ley 1122 de 2007 buscando el fortalecimiento a través de la organización del Plan Nacional de Salud Pública. Lamentablemente, sus cambios no han impactado para superar la brecha de inequidad por estrato social y género; y los programas de promoción y prevención no han tenido el impacto esperado para mejorar las condiciones de vida de las comunidades. A este respecto Echeverri hace un análisis desde 1993 hasta 2000 de los indicadores de mortalidad, enfermedad y vulnerabilidad, encontrando que existe una elevada mortalidad temprana por violencia, cronicidad de las enfermedades por persistencias en inequidad a los servicios de salud y vulnerabilidad de los niños, las mujeres, los jóvenes, especialmente de los estratos bajos, y de la población de la zona rural.¹⁷

Otra característica interesante que no ha mostrado descensos significativos es la tasa de mortalidad infantil, que para 1991 estaba en 21 por 1.000 nacidos vivos, y a 2006 esta en 19 por 1.000 nacidos vivos. Otro indicador que se ha visto afectado significativamente es la fecundidad en adolescentes, ya que la tasa en 1990 era 70 por 1000 nacimientos y en 2006 esta en 90 por 1000 nacimientos, siendo mayor en áreas rurales y en los estratos bajos. Así mismo las tasas de incidencia y de mortalidad por las enfermedades transmisibles han aumentado, o su disminución no ha tenido impacto en la salud general, casi siempre con peores resultados en la población rural o de estrato social desfavorecido.^{5, 18} Si bien estos indicadores pueden estar afectados por las características del modelo colombiano de salud, también se debe tener en cuenta el desarrollo y aplicabilidad de las políticas públicas sobre estos aspectos, y las condiciones culturales, de oportunidad, educativas y económicas que impactan en las decisiones y condiciones de vida de la población.¹⁰

Los médicos en el SGSSS

Todos estos problemas afectan al profesional de la medicina que ejerce dentro del sistema, puesto que limitan el ejercicio y el impacto que tendrá su intervención sobre la salud del

paciente. Un ejemplo de ello es el tiempo disponible para prestar el servicio; no es posible dar una buena atención cuando el tiempo de consulta es mínimo, ¿Cuánto es el tiempo permitido? Según la Defensoría del pueblo, en un estudio a 41.252 médicos de Colombia, el tiempo que las EPS asignan a cada profesional de la medicina para su consulta es 18 minutos, y además de la agenda prevista, en algunos casos se deben atender a los pacientes de cita prioritaria y las “agendas virtuales” de reuniones.¹⁹ ¿Permite este tiempo realizar una anamnesis adecuada? Esto sin olvidar que por cada consulta se debe llenar historia clínica y en muchas ocasiones diferentes formatos para solicitudes adicionales. Además hay que mencionar, que según la resolución 5261 de 1994 en el artículo 94, dicta que el tiempo de consulta por medicina general no debe ser menos de 20 minutos.^{20,21} Claramente, no existe un tiempo máximo por Ley, siendo evidente la contradicción que existe entre la legislación y la práctica, esta última bajo la regulación de las EPS. Entonces ¿en dónde queda la ética médica y la relación médico-paciente? ¿Se ha llegado al punto en donde la atención médica es cualquier cosa menos humana? O como lo expresa Patiño: “... se ha desplazado el imperativo hipocrático basado en arte, concebido como humanismo; la ciencia, entendida como avance y ordenación del conocimiento; la tecnología, percibida como instrumentación; y el profesionalismo, comprendido como autonomía intelectual y capacidad de autorregulación en un marco ético.”²²

Sobre este tema existen dos artículos que muestran el deterioro de la relación médico paciente en Colombia; uno realizado por Jaramillo y Cols, quienes concluyeron que los pacientes sienten que la comunicación con el profesional de la medicina es corta, sólo con fines de diagnóstico o para saber el tratamiento y no permite establecer vínculos subjetivos que trasciendan el fenómeno de salud. Los pacientes justifican esta actitud por la cantidad de trabajo que tienen los médicos.²³ El otro artículo, realizado por Herrera y Cols, quienes encontraron que los médicos perciben que su función primordial es brindar apoyo a los pacientes, pero por problemas del sistema (facilidades de acceso a exámenes, tratamientos, especialistas) y las expectativas de los pacientes, se genera una barrera que no favorece una comunicación abierta y efectiva que permita orientar al paciente hacia la mejor forma de recuperar su salud.²⁴

Un tercer estudio, que aunque no evalúa de forma directa la relación médico-paciente, si analiza algunos factores que la afectan, revela que el 39% de los médicos están restringidos para ordenar exámenes de laboratorio, formulación de medicamentos, autorización de imágenes diagnósticas y remisión a especialistas, además, la Defensoría encontró que los médicos laboran más de nueve horas diarias los seis días de la semana, con el agravante de realizar ocho turnos nocturnos mensuales, aumentando los niveles de estrés de esta población. Esto aunado a que el 84,4% de los médicos indicaron que las entidades en las cuales trabajan no les ofrecen algún tipo de incentivo, con lo cual se puede

observar una sobrecarga laboral, sin motivaciones y estímulos, pues no es lo mismo laborar horas extras frente a un equipo, que frente a un ser humano; todo ello generando detrimento de la relación con el paciente.¹⁵

Por otro lado, las restricciones del POS juegan un papel muy importante, ya que muchos exámenes diagnósticos, medicamentos y procedimientos se encuentran fuera de este listado, y con el agravante que la actualización del mismo ha sido lenta y no rigurosamente basada en evidencia,¹¹ lo cual perjudica no solo el tratamiento de las diferentes enfermedades, sino también afecta la práctica de los profesionales de la salud quienes se ven obligados a no ser eficaces en sus diagnósticos o en sus planes de tratamiento. Incluso, se debe mencionar que el problema no es solo cuando las intervenciones se encuentran fuera de este listado, sino que aún sí se encuentren dentro de éste, la calidad no es la mejor, causando finalmente un impacto en la recuperación del paciente. Esta situación ha determinado que muchas personas tengan que acudir a otros medios como la tutela para poder ser atendidos de forma adecuada y haciendo que los médicos se limiten a prestar aquellos servicios que puedan facturar de acuerdo con el contrato; sumándose a tener que tutelar servicios POS que se mencionaron anteriormente.

Además es importante hacer énfasis en que las diferentes entidades que funcionan como intermediarias, además de servir como entes promotores de salud, son propietarios de las IPS y por ende contratan con los médicos, lo cual algunas veces limita sus funciones y su ejercicio, puesto que el profesional de la medicina debe integrarse a la normativa interna de las EPS quienes definen el pago por la prestación de sus servicios y limitan su ejercer, de forma que deben procurar producir el menor número de costos con las mayores tasas de producción para poder conservar el empleo. Adicionalmente la situación también afecta a los médicos que trabajan por fuera del sistema, principalmente los profesionales especializados, quienes deben entrar a competir en un mercado monopolizado por las EPS permitiendo así que la salud termine siendo un bien de mercado. Así lo expresa Patiño: “El efecto inmediato ha sido la desprofesionalización de la medicina, que deja de ser una profesión liberal de elevada dimensión intelectual, para convertirse en el cumplimiento de unas tareas definidas y dirigidas por una burocracia corporativa donde prima el interés por el costo-beneficio en términos económicos.”²⁵

Con respecto al pago a los profesionales de la salud ha existido gran controversia, puesto que desde la creación de la Ley 100, la remuneración por el ejercicio profesional de la medicina cambió drásticamente en comparación al antiguo Sistema Nacional de Salud. La introducción de un tercer actor o intermediario (EPS) modificó no solo la prestación de servicios y el acceso a estos, sino también todo el ámbito financiero del sistema. La creación del intermediario o “asegurador” se realizó dentro de un marco de prestación de servicios de salud que crecientemente

venía haciéndose injusto para la población menos favorecida, ya que los médicos eran libres de definir las tarifas por sus servicios, basados en el prestigio, la complejidad de la atención y la condición social del consumidor.²¹

Dicho contexto era particularmente benéfico para los médicos especialistas, quienes podían incursionar en todo el marco financiero de la prestación de servicios de salud, debido a que podían trabajar por contratación de medio tiempo con hospitales públicos o privados, tener la figura de prestación particular de servicios mediante su consultorio especializado y además iniciaban a invertir en la prestación de servicios de alta complejidad y tecnología que suscitaban mayores costos de acceso para los pacientes, pero que eventualmente les era necesario comprar por la ausencia de dichos servicios en los prestadores públicos.²⁶ Bajo esta lógica, la implementación de la Ley 100 si bien afectó la remuneración tanto de médicos generales como de especialistas, estos últimos no se vieron tan afectados, ya que a pesar de tener que trabajar dentro del nuevo sistema de IPS y EPS, les era posible mantener su práctica privada que gracias al reconocimiento social ganado y poca oferta por el número limitado de especialistas, lograban mantener su demanda y clientela. En contraste, muy desfavorecidos se vieron los médicos generales y recién egresados que no contaban con estas ventajas.^{21,27}

Según los datos de un estudio realizado sobre médicos colombianos entre los años 1996-1998 las ganancias mensuales de un profesional de la medicina general con base en sueldos y honorarios oscilaban entre 1.2 – 3.4 millones de pesos.²⁸ Mientras que antes (tiempo previo a la Ley 100) devengaba un salario mensual superior a estas cifras para la época, en caso que estuviera contratado por hospitales públicos o privados lo cual le confería una mayor estabilidad económica y prestaciones sociales adicionales.²¹ Es posible que esta situación haya permanecido constante al día de hoy o tal vez con ligeras variaciones a pesar del incremento en los costos de vida en los últimos 15 años. Paralelo a esto, las EPS-IPS deben basar sus costos de operaciones en el Manual Tarifario que, según la Ley 812 del 2003 en el artículo 42, establece que el gobierno (Ministerio de Protección Social) debe crear; incluso el artículo 29 de la Ley 1164 de 2007 obliga a la inmediata creación de dicho manual tarifario.^{29, 30} No obstante, en la actualidad no existe este documento, con el agravante que el único manual utilizado es el creado por el sistema de seguros de accidentes de tránsito (SOAT) o por el Instituto de Seguros Sociales, y las EPS no ha estimulado la creación de dichos manuales, pues, como lo afirman Bardey y Castaño,³¹ éstas se ven favorecidas por la guerra de los precios, en la que pueden contratar con las IPS paquetes de servicios o hacer capitaciones, por debajo de los límites de costos.

Integrando la falta de un plan tarifario oficial y los salarios de los médicos en la actualidad se podría analizar el siguiente ejemplo, con base en las cifras que debería ganar

un médico según los costos del Manual SOAT actualizado para el 2011. En este se establece que la consulta por medicina general tiene un costo de Col\$ 21.400, mientras que la consulta especializada tiene un costo de Col\$ 30.900 y la consulta de urgencias, Col\$ 35.200.³² Si se calcula cuanto debería ganar un profesional de la medicina general que trabaja 5 días a la semana por 8 horas diarias realizando 4 consultas por hora se obtiene un valor de Col \$13.696.000 mensuales, valor que en la realidad no devenga un profesional de la medicina general en Colombia. Surge entonces la pregunta: ¿Cuánto dinero se adjudican las intermediarias? Posiblemente una suma mayor al 50% de esta cifra, lo cual debería llevar a una reflexión por parte del profesional de la medicina sobre si es justo dicha proporción, y si la intermediación y “organización” del sistema merece tal remuneración.

Otro aspecto de reflexión es la regulación del ejercicio médico. Desde el 2007 se reguló el talento humano con la Ley 1164, la cual define varios aspectos en cuanto a la formación del profesional de la salud, los requisitos para el ejercicio profesional y la regulación, vigilancia y control en cuanto al talento en salud dentro del sistema. Es importante resaltar el artículo 26 donde dicta sobre el acto propio de los profesionales de salud: “Entendido como el conjunto de acciones orientadas a la atención integral del usuario... el acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario.”²³ Es evidente que según la Ley el acto del profesional de la medicina se caracteriza por la autonomía profesional, siendo esta violada con las limitaciones que impone el sistema y las penalizaciones impuestas por las EPS, la autonomía se pierde entre las intervenciones que se ven glosadas en las cuentas de los médicos. La situación bajo la cual actúan los médicos y la limitación de su autonomía intelectual se aprecia en situaciones como la prohibición de remisiones a especialistas o solicitudes de exámenes “innecesarios” para las EPS las cuales sacrifican la calidad en la atención como manera de reducir costos.³³ La reglamentación de hacer guías y protocolos de manejo que limitan el ejercicio profesional de forma autónoma, y que da mayor credibilidad al resultado de un examen y no al criterio del profesional.

Por otra parte, la Ley de Talento Humano en salud introdujo consigo los conceptos de certificación y regulación de la formación de talento humano en salud por parte de los mismos profesionales mediante las asociaciones científicas, colegios médicos y gremios. Este aspecto generó polémica cuando se propuso la Ley de talento humano, aunque afortunadamente en este aspecto fue positivo porque motivó a las organizaciones médicas en formación y ya formadas a tomar un papel con mayor seriedad sobre el sistema de salud y a trabajar con mayor empeño en lograr organizarse correctamente y con calidad.^{34, 35} Sin embargo, también suscitó desconfianza y precaución por parte de la comunidad médica, la cual en principio veía la Ley como la oportunidad para enmendar errores cometidos con la Ley 100, pero que veía la

introducción de figuras como el Consejo Nacional de Talento Humano como un potencial ente burocrático dada la gran cantidad de funciones y obligaciones dentro de un contexto limitado de oportunidades para ejecutarlas.²⁷ Adicionalmente, el deseo de recertificar a los profesionales de salud, si bien es un paso correcto para garantizar una mayor calidad y propiedad de la prestación de los servicios de salud, en caso de no ejecutarse con los criterios y pautas adecuados, podría terminar perjudicando al gremio, radicando aquí la importancia de una adecuada organización y unificación de sociedades científicas.^{27,28}

La Academia Nacional de Medicina de Colombia realizó una propuesta en materia de reglamentación de la recertificación para profesionales de la medicina que podría o no aplicarse a otras profesiones. Ellos proponen, desde una perspectiva diferente, que dicha recertificación debería ser de manera voluntaria y no obligatoria como lo establece la Ley, plantea una periodicidad de 5 años con el objetivo de promover una buena praxis y no de descalificar al profesional, al contrario, se pretende estimular a la mejora del ejercicio médico. Con la propuesta, la Academia Nacional de Medicina de Colombia busca *“que sea una distinción otorgada por los pares del perfil profesional o de la especialidad, ante la presentación espontánea del interesado, que evalúan en forma periódica nuestro quehacer, y nuestro compromiso con la profesión que implique una actualización permanente frente a los grandes cambios de los conocimientos de la medicina en cada una de sus ramas”*.³⁶

En la actualidad, además de las amplias discusiones y críticas en pro y contra, ha quedado el Observatorio de Talento Humano, creado por la resolución 1536 del Ministerio de Protección Social en el año 2010,³⁷ y el cual está integrado por tres salas temáticas: salud familiar, ética médica y ética odontológica, y hasta la fecha se han encargado de realizar investigaciones sobre las características de los escenarios de formación y trabajo de los profesionales de salud, y las condiciones de migración y densidad laboral.

¿Qué cambios se hacen visibles con la Ley 1438 del 2011 para los profesionales de la medicina?

En enero de 2011 aparece la Ley 1438 por la cual se reforma el SGSSS y cuyo objetivo es el “fortalecimiento” del mismo.³⁸ De entrada se observa un problema, ya que se prefiere fortalecer un sistema que ha mostrado grandes falencias como las analizadas anteriormente, con el agravante, que la mayoría de investigadores proponen una nueva estructura que elimine la figura del aseguramiento y, sin embargo, la reforma lo niega sistemáticamente.

En el caso particular del quehacer del profesional de la medicina dentro del sistema, vale la pena preguntarse ¿Es la

nueva reforma la verdadera solución a los problemas de los médicos? Para intentar dar algunas respuestas, se revisaron los aspectos que de alguna manera afectan el ejercicio médico. Uno de ellos es la introducción de un nuevo principio llamado corresponsabilidad, definido por la Ley de la siguiente manera: *“Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.”*³⁵ En resumen, este principio hace referencia a que cada individuo es responsable de su estado de salud y, por lo tanto, debe cuidar de éste. En general, ese principio es coherente con los movimientos mundiales de promover una mayor responsabilidad de las personas para consigo mismas, lo cual afecta de forma directa el ejercicio médico, ya que los beneficios de los manejos terapéuticos serán más duraderos y de mayor impacto, favoreciendo la adherencia y bienestar del paciente; sin embargo, si la regulación de éste principio no se hace de forma adecuada se puede utilizar como una estrategia para hacer cobros diferenciales o, en casos extremos, negar atenciones a quienes se les demuestre que no han cuidado su salud.³⁹

Además, es necesario tener en cuenta que para aplicar el principio de autocuidado hay que darle herramientas a la población para que lo aplique, y una de las personas llamadas a esta función educativa es el médico, no obstante, no se puede exigir esta labor cuando se tienen 18-20 minutos para interrogar, examinar, diagnosticar y formular o dar solución a un problema de salud. Es por esto que el papel del profesional de la medicina debe tener un énfasis más hacia la educación en salud, apoyado por un sistema más preventivo que curativo, y con una verdadera articulación e implementación de la Atención Primaria en Salud (APS) como se plantea en la Ley 1438.

La nueva Ley busca implementar un modelo de APS que logre mejorar las actividades de promoción y prevención y por ende los indicadores de salud general de la población. A pesar de lo necesario y muchas veces pedido este modelo, el país no ha generado los mecanismos para que esto funcione, dentro de ellos se pueden resaltar tres: primero requiere una inversión mucho mayor al 8,65% de los recursos para el sector, el cual está en franco contraste con el 32,2% de atención hospitalaria o hasta el 15,5% de administración;⁵ en segundo lugar la organización del sistema tiene una brecha que aún no está clara sobre quién es el responsable de las actividades de promoción y prevención, a pesar de existir algunas Leyes y normas al respecto, existen algunas inconsistencias entre la atención a cargo de las EPS y de las Instituciones Territoriales. Y en tercer lugar, la lógica de educación de las instituciones y de la práctica en salud, que está orientada hacia un sistema asistencialista, por tanto se requieren mayores esfuerzos para que los futuros profesionales y los que ya están laborando cambien de perspectiva.

Otro elemento que se introduce con la Ley 1438 es el concepto de “autonomía profesional”, la cual es entendida como la garantía que los médicos tienen de emitir su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes, con calidad y bajo las normas y principios de la profesión. Se observa entonces, como se asegura la libertad del profesional de la medicina en cuanto al concepto que emita y la conducta que pretenda emprender con su paciente, amparado en la Ley 1164 de 2007.²⁸ Esto es positivo en cuanto le garantizan al profesional de la medicina una atención integral hacia el paciente; no obstante, la autonomía está limitada con el contenido del POS y con los procesos administrativos de las EPS, que en algunos casos llevan a negar atenciones POS, la cuales el paciente debe pedir vía tutela, como se mencionó antes.

Con respecto a los medicamentos y servicios “No POS” la reforma busca disminuir el número de tutelas que los usuarios deben presentar para acceder a los servicios que les ayuden en sus problemas de salud. Es así como se dispone en el artículo 26 sobre los comités técnico científicos lo siguiente: “...la prescripción del profesional de la salud tratante deberá someterse al Comité Técnico Científico (CTC) de la EPS con autonomía de sus miembros, que se pronunciará sobre la insuficiencia de las prestaciones explícitas, la necesidad de la provisión de servicios extraordinarios, en un plazo no superior a dos (2) días calendarios desde la solicitud del concepto”.⁴⁰ Si en estos dos días deciden negar la solicitud, el usuario puede recurrir a la nueva Junta Técnica Científica de pares de la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) en donde nuevamente en un plazo de siete días se dará respuesta a la solicitud, y en caso de ser negada nuevamente, el usuario podrá recurrir a la tutela.⁴¹

Se puede observar que finalmente esto solo es una prolongación en los trámites que debe realizar el individuo para obtener una solución a su problema, además, el CTC, aunque proclamen autonomía de sus miembros, hace parte de la EPS, que posiblemente por interés tienda a negar las solicitudes, ¿Por qué no se creó solamente la junta de pares de la Supersalud? La respuesta no se conoce, pero es evidente que no es una incomodidad para el gobierno que sus ciudadanos tengan que prolongar su padecimiento en trámites y protocolos poco eficientes.

Conclusión

Como se puede apreciar, existen muchos aspectos a analizar sobre la nueva reforma abarcando en este artículo solo unos cuantos y esperando que se genere en los lectores una motivación hacia la comprensión de las disposiciones legales del ejercicio en el ámbito de salud. Es importante por tanto para generar cambios sustanciales, que se impacte en varias esferas del SGSSS, una de ellas está relacionada con el compromiso, motivación e interés de los profesionales de la salud hacia la vinculación y reflexión-

acción crítica del sistema y no continuar como actores pasivos del mismo. Para ello se propone que las Asociaciones, Federaciones y Academias unan esfuerzos para buscar cambios importantes en la legislación del país.

Otro aspecto vital para mejorar el SGSSS es revisar la implementación de estrategias de APS, para que no se vean como una solución para zonas rurales sino verdaderos elementos de integración y resolución de los problemas de baja complejidad, ello implica no sólo una puesta nacional de desarrollar programas, sino también un reconocimiento laboral y salarial para quienes ejercen este papel dentro del sistema. Así mismo, la formación académica debería volver a sus raíces de promoción y prevención dentro de la formación de los profesionales en salud para que sean capaces de resolver los problemas más prevalentes de la sociedad.

El plantear un nuevo modelo de sistema de salud es fundamental para garantizar que todos los cambios tengan impacto a largo plazo y no solo dar “paños de agua” a problemas que afectan desde la implementación de la legislación, hasta la prestación del servicio. Para ello varios académicos han propuesto un modelo sin intermediarios financieros y una apuesta a la implementación consensuada y con participación activa de todos los actores. Se aclara que la opinión de los autores frente al sistema no es sólo negativa.

Lo plasmado en la legislación supone la organización de un sistema de salud cuyo ideal es la cobertura universal con prestaciones de calidad. Dicha organización nace en un momento en el cual las condiciones de equidad en la prestación de servicios y de accesibilidad por parte de los sectores menos favorecidos estaban limitadas a menos del 68% de la población colombiana,⁴²⁻⁴⁴ por lo cual era necesario intervenir en ese contexto. Aunque la opinión de los autores es también la de un sistema sin intermediarios, cabe resaltar que el objetivo de este artículo no es plantear soluciones al sistema, sino motivar a que el profesional de la medicina del siglo XXI debe tener competencias claras en APS, gran capacidad resolutoria, liderazgo y ser un agente activo de cambio y no sólo un elemento del sistema.

Por lo tanto, se necesita que los médicos tomen conciencia del rol que les corresponde y bajo este, procuren el cambio que se necesita tomar para lograr un verdadero sistema de seguridad social que sea integral y que procure la salud de la población. Por el momento, es evidente que la nueva reforma no supone la solución a los problemas en cuanto a salud en Colombia, y tampoco representa cambios significativos en el ejercicio del profesional de la medicina que estableció la Ley 100 de 1993. Ante esto se hace un llamado a participar activamente en la construcción de una propuesta general, incluyente, que solucione los problemas mencionados, y que favorezca la confianza del profesional de la medicina y el paciente en las instituciones gubernamentales.

Referencias

1. Superintendencia de Industria y Comercio. Resolución No. 46111 de 30 de Agosto de 2011. Disponible en: <http://www.sic.gov.co/en/>. Consultado Septiembre 27 de 2011.
2. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. La cartera hospitalaria no cede, en el último semestre ascendió a los 3.8 billones de pesos. Disponible en: <http://www.achc.org.co/noticias.php?idnoticia=15>. Consultado Septiembre 27 de 2011.
3. Congreso de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá diciembre 23 de 1993.
4. Arroyave Zuluaga ID. La organización de la salud en Colombia. Medellín: Hospital Universitario San Vicente de Paúl; 2009. 585 p. Disponible en <http://www.periodicoelpulso.com>. Consultado 10 de Octubre de 2011.
5. Ministerio de Protección Social. Indicadores básicos de salud 2009. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Paginas/INDICADORESBASICOSSP.aspx>. Consultado: Octubre 3 de 2011.
6. Agudelo CA, Cardona J, Ortega J, Robledo R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciencia Saúde Colectiva* 2011; 16:2817-28.
7. Céspedes-Londoño JE, Jaramillo-Pérez I, Castaño-Yepes RA. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:1003-24.
8. Departamento Nacional de Planeación. Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales SISBEN. Disponible en: www.sisben.gov.co. Consultado el 22 de septiembre de 2011
9. Fresneda O. La focalización en el régimen subsidiado de salud: elementos para un balance. *Rev Salud Pública* 2003; 5:209-45.
10. Yepes FJ, Ramírez M, Sánchez LH, Ramírez ML, Jaramillo I. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo. Canadá, 2010.
11. Flórez K. La competencia regulada en el sistema de salud colombiano. *Rev LEBRET* 2010; 2:73-99.
12. Gómez R. Efectos de la Ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. Ponencia presentada en el Seminario Internacional "El derecho a la salud en Colombia y la reforma al sistema de salud". Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, 2005.
13. Congreso de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Diciembre 23 de 1993.
14. Forero MT, Santamaría M, González J. Salud: una visión desde los departamentos de Colombia. Bogotá 2010.
15. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud. Periodo 2003-2005. Disponible en: http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/tutela_salud.pdf. Consultado septiembre 21 de 2011.
16. Ministerio de Protección Social. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Enero 9 de 2007.
17. Echeverri E. La salud en Colombia: abriendo el siglo... y la brecha de las inequidades. *Rev Gerencia Políticas Salud* 2002; 3:76-94.
18. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9. Consultado: Septiembre 25 de 2011.
19. Pérez VA, Ramírez GE. Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios de salud. Defensoría del Pueblo. Documento técnico 2007. Disponible en: http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/aut_med.pdf. Consultado el 21 de octubre de 2011.
20. Ministerio de Salud. Resolución número 5261 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, agosto de 1994.
21. López C. Circular Externa No. 0018 de 2005. Instrucciones en materia de red de prestadores de servicios de salud y requerimientos de reporte de información. Superintendencia Nacional de Salud, 2005.
22. Patiño J. Pronunciamiento de la academia frente a la Ley 100 de 1993. Disponible en línea en: <http://www.encolombia.com/medicina/proacad.htm>. Consultado: Septiembre 25 de 2011.
23. Jaramillo LG, Pinilla CA, Duque MI, González L. Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. *Manizales (Colombia). Index Enferm* 2004; 13: 22-6.
24. Herrera N, Gutiérrez-Malaver M, Ballesteros-Cabrera M, Izzedin-Bouquet R, Gómez-Sotelo A, Sánchez-Martínez L. Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Rev Salud Pública* 2010; 12:343-55.
25. Patiño J. La Ley 100 de 1993: Reforma y crisis de la salud en Colombia. *Rev Gerencia Políticas Salud* 2005; 9:173-5.
26. Morales LG, Chavarriaga I, Barrero J. Las condiciones laborales y de vida de los médicos en Colombia 1996-1998. Cali, Presencia y Fundación Corona, 2001.
27. Escobar FA. La práctica médica en Colombia: un estudio sobre la autonomía profesional de la Medicina en el contexto de la Ley 100 de 1993. Tesis para obtener el título de Sociólogo. Universidad Nacional de Colombia. 2004.
28. Restrepo DA, Ortiz LA. Situación laboral de los profesionales de medicina y enfermería en Colombia: aproximaciones desde el Ingreso Base de Cotización al SGSSS. Ministerio de Protección Social. Dirección General de Análisis y política de Recursos Humanos. Boletín 2, 2010:1-4.
29. Congreso de la República. Ley 812 de 2003. Por la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006, hacia un Estado comunitario. Bogotá, Junio 26 de 2003.
30. Congreso de la República. Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del talento humano en salud. Bogotá, Octubre 3 de 2007.
31. Bardey D, Castaño R. La regulación de tarifas en el sector de la salud en Colombia. *Rev Econom Instit* 2007; 9: 347-57.
32. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 2423 de 1996. Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del manual tarifario y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Diciembre 31 de 1996. Actualizado para 2011. Disponible en: <http://www.idesac.gov.co/files/Normatividad/Nacional/Decretos/DE>

- CRETO%20No%2002343_20-ENE-2006%20%28 Manual%20Tarifario%20SOAT%202011%29.pdf
33. Villar L. La Ley 100: El fracaso estatal en la salud pública. Deslinde 2009; edición No. 36.
 34. Arango L. La Ley de Talento Humano en Salud: en medio de los interrogantes, una oportunidad para unirnos y ser grandes. Rev Colomb Cir 2007; 22:144-7.
 35. Jaramillo H. Ley del talento humano: un gran momento para el fortalecimiento del gremio de la salud. Rev Colomb Obstet Ginecol 2007; 58:266-7.
 36. Redondo H. Ley de talento humano en salud: tortuoso camino legislativo. Disponible en: <http://www.medicosgeneralescolombianos.com/LEY%20DE%20TALENTO%20HUMANO%20EN%20SALUD.doc>. Consultado: Octubre 15 de 2010.
 37. Ministerio de Protección Social. Resolución 1536 de 2010. Por medio de la cual se establece la organización y funcionamiento del Observatorio del Talento Humano en Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones. Bogotá, mayo 3 de 2010.
 38. Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, enero 19 de 2011.
 39. Duque L. Aspecto social de la Ley 1438. Disponible en línea en: http://www.portalproyectovida.info/index.php?option=com_content&view=article&id=575:aspecto-social-de-Ley-1438-de-2011-por-joaquin-emilio-ducque-medico&catid=19:joomla&Itemid=294&lang=en. Consultado: Septiembre 25 de 2011.
 40. Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, enero 19 de 2011.
 41. Hernández M. La nueva Ley de salud: ¿Más de lo mismo?. Disponible en línea en: http://www.razonpublica.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1747:la-nueva-Ley-de-salud-imas-de-lo-mismocatid=167:articulos-recientes-. Consultado: Septiembre 25 de 2011.
 42. Yepes FJ. La Salud en Colombia. Documento General. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Salud, 1999.
 43. Chernichovski D. El sistema de salud en Colombia: "Una sinfonía inconclusa y arriesgada". Observatorio de Políticas Públicas. Polis. Disponible en línea en: http://www.icesi.edu.co/polis/images/contenido/pdfs/Bol etin_8/el_sistema_de_salud_en_colombia.pdf. Consultado: Septiembre 25 de 2011.
 44. La crisis de la salud y la Ley 100 de 1993: Entrevista a Mario Hernández. Deslinde 2010; 46: 60-7.