

Elías Saad Cure, MD

Doctor, ¿usted por qué no trabaja?

CUANDO SE DESMORONA
LA SALUD DE UN PAÍS

DEBATE

EDITORIAL
**Ciudad
PAZ**

DOCTOR,
¿USTED POR QUÉ NO TRABAJA?

DOCTOR,
¿USTED POR QUÉ NO
TRABAJA?

CUANDO SE DESMORONA
LA SALUD DE UN PAÍS

ELÍAS SAAD CURE, MD

EDITORIAL
**Ciudad
PAZ**



Doctor, ¿usted por qué no trabaja?

© Elías Saad Cure, MD

ISBN 978-958-56799-6-2

Primera edición: marzo de 2022

Hecho en Colombia / Made in Colombia

164 páginas. 21 cms.

Dirección editorial: Marillym Peña Visbal

Diseño interior: Jhon W. Sánchez

© **Ediciones CiudadPAZ**

ISBN editorial 978-958-56799

www.ciudadpaz.com

ciudad.paz@prodignidad.com

WhatsApp: (+57) 311 214 60 06

@CiudadPaz_co

PRODIGNIDAD SAS

www.prodignidad.net

Bogotá DC

Prohibida la reproducción total o parcial, por cualquier medio, sin la autorización expresa y escrita del editor o autor.

® Todos los derechos reservados

*Dedico este libro -en el que consigno lo que siento
y pienso-, en primera instancia, a todas las
personas, quienes merecen ser tratadas con
Dignidad, Respeto y Amor.*

*A quienes tuvieron que ver
en mi formación personal y profesional.*

A mis compañeros de estudios de Medicina.

*A quienes me inculcaron que primero debía ser
un buen ser humano para lograr ser
un buen profesional de la salud.*

*A mi familia, algunos de cuyos miembros
lograron ser más influyentes que otros.
Excelentes ejemplos a seguir.*

*Especial agradecimiento a mi abuelo materno,
quien con su ejemplo de vida me llevó a ser
Médico.*

*Sin olvidar a otro ser especial, dotado de una
brillante inteligencia, quien fue, es y será pilar
de toda la familia. Mi tío Carlos Cure Cure.
Él influyó en todos los aspectos de mi vida.
He sido afortunado al tenerlo siempre cerca.*

A mis Maestros en la universidad y en los hospitales. Particularmente, a quienes con sus constantes exigencias me hicieron padecer, estudiar y trasnochar. La meta era que nos formáramos como verdaderos profesionales de la salud. En nuestra profesión no hay nada más importante que los pacientes.

A quienes han ejercido influencia en mi vida.

De manera especial, a quien nunca me abandonó. Al que siempre ha estado ahí, acompañándome en los momentos difíciles.

*A quien me dio luz cuando estuve en la oscuridad. A ese que conoce todo de mí. Imagino que saben a quién me refiero...
¡Gracias, Dios, por todo!*

Gracias Dios: por María Angélica, Felipe y Alejandro. Mis hijos me hacen sentir orgulloso.

Gracias por mis nietos Nick, Jülián, Gaby y Oliver.

*Gracias a quienes sienten afecto por mi
y me aceptan como soy.*

*Gracias a Carmen Peña Visbal,
quien hizo posible la publicación de este libro.
Su sabiduría y paciencia fueron vitales.*

Gracias a ti, querido lector, por leer mis notas.

*“No, nada llega tarde,
porque todas las cosas
tienen su tiempo justo,
como el trigo y las rosas”.*

José Ángel Buesa

ÍNDICE

I

| | |
|--|----|
| Prólogo El derecho a la Salud | 13 |
| <i>Carmen Peña Visbal</i> | |
| Cuando se desmorona la salud de un país | 17 |
| Mi justificación | 21 |
| Los Derechos no se piden, ¡Se exigen! | 23 |
| Sistema diseñado para maltratar a pacientes y médicos | 25 |
| Respeto a los médicos | 29 |
| Desde mi querido Caribe colombiano | 35 |
| No me hice, nací médico | 37 |
| Muertes evitables | 43 |
| Propuesta para conformar un nuevo modelo de salud | 45 |
| Reflexionando desde mi casa | 77 |

| | |
|---|-----|
| De ciertas patologías | 79 |
| Sistema de Salud perverso | 85 |
| Los respiradores no son la solución | 89 |
| ¡Cómo duele ser médico en este país!..... | 93 |
| Cáncer de mama | 95 |
| Un país poblado de pobres..... | 99 |
| La marcada brecha social colombiana..... | 103 |
| Pandemia y realidad colombiana..... | 105 |
| Y, ¿tú puedes?..... | 109 |
| II Seguimos equivocándonos | 113 |
| Universalidad y vacunas | 119 |
| El antes, el ahora y el futuro de la salud en Colombia..... | 125 |
| | |
| Anexos | 133 |
| Normas del sector salud y Consideraciones de la Sentencia C-760/04 | 135 |

EL DERECHO A LA SALUD

Decía Benjamín Franklin: “*No cambies la salud por la riqueza, ni la libertad por el poder*”. Decidir qué hacer debe seguir siendo una potestad irrenunciable del ser humano. Pero, cuando un sistema, resquebrajado desde su conformación, afecta el legítimo derecho a decidir si se quiere cambiar ‘salud por la riqueza’, comienza a naufragar la barcaza de derechos y deberes de la ciudadanía. Se afectan los derechos a la dignidad de quien ejerce una misión fundamental desde la práctica de la Medicina, y por supuesto, afecta a quienes el devenir histórico los ha transformado de pacientes en clientes sumisos, en muchos casos.

Particularmente es reprochable cuando pue-

de observarse que varios de quienes detentan el poder cambian, rifan y subastan la salud por y para la riqueza de unos pocos.

Tener derecho a una pronta y eficiente atención médica especializada es la esperanza de quienes residen en Colombia, de quienes aportan considerables sumas en previsión a un futuro en el que se haga necesaria la intervención de los galenos. También es el derecho de la población económicamente más vulnerable amparada bajo la categorización del Sisbén e insertada en alguna EPS del régimen subsidiado.

14

ELÍAS SAAD CURE, MD

El doctor Elías Saad Cure, autor del texto *‘Doctor, ¿usted por qué no trabaja?’*, transita los senderos de la medicina desde antes de ser expedida la Ley 100 de 1993. Él considera que esta norma es, en buena parte, la causante de las desgracias que, paso a paso, fueron deteriorando la prestación del servicio en un sistema encaminado a producir dividendos y no a prevenir enfermedades o a sanar personas.

En el libro, no sólo realiza una precisa radiografía del sistema de salud, sino que presenta fórmulas para enderezarlo, antes de que caiga sobre sus propias ruinas. Propone, por ejemplo, universalizar el derecho de los médicos a prestarle el servicio a quien lo requiera, sin tener la restricción de una EPS.

Y universalizar el derecho de los pacientes... *“En la Ley 100 -afirma- está escrito que se buscaría la universalidad en la atención para los colombianos, lo que significa que todos los ciudadanos estaríamos incluidos en las EPS, sean contribuyentes o subsidiados, y que ninguna*

persona quedaría sin recibir atención y prestación de los servicios de salud necesarios para preservar la vida. Antes de esta ley, la Constitución colombiana hablaba de la salud”.

El doctor Elías se refiere también a la situación a la que se ven conminados los jóvenes profesionales. *“Actualmente, nuestros médicos –para poder ser vinculados como trabajadores– son obligados a firmar contratos ‘por prestación de servicios’ o a través de terceros, como cooperativas. Dichos contratos no incluyen las prestaciones legales como cualquier otro trabajador colombiano, no tienen derecho a primas, ni a vacaciones, ni a incapacidades, mucho menos tienen estabilidad laboral, no tienen seguro de vida y, para completar, tienen que pagar aporte a la salud siendo ellos quienes nos cuidan a nosotros cuando nos enfermamos”.*

Parecería que la propuesta es básica: que el sistema de salud vuelva a ser, eminentemente, público, universal, organizado, especializado y sin restricciones.

Según Diana Novoa Montoya -abogada defensora de derechos humanos- *“es casi imposible la sostenibilidad de un sistema que sea totalmente financiado por los impuestos de los colombianos, tomando en cuenta el grado de corrupción y politiquería que tenemos. Lo que se debe defender es el aseguramiento público, por lo que debemos cambiar la esencia del contrato*

Novoa Montoya, Diana. ‘El Sistema de Salud fracasó en Colombia’. Bogotá DC, 1 de agosto de 2016. <https://www.ciudadpaz.com/single-post/el-sistema-de-salud-fracaso-C3%B3-en-colombia>

que hoy tiene el Estado con los privados gracias a la Ley 100. Hoy, quien realiza los aportes es el Estado, pero no modula el sistema, no lo controla ni lo regula, lo que llevó a los privados a manejarlo como se les antojó”.

En fin, les invito a leer y reflexionar sobre cada una de las apreciaciones del autor, quien enfáticamente pide: *“No más Ley 100, por favor. ¡Trabajemos unidos por conseguir un nuevo Modelo de Salud para los colombianos!”* Y se lamenta: *“Cómo duele ver a los médicos, enfermeras y resto del personal de la salud amarrados, haciendo huelga de hambre, exponiendo su salud y sus vidas porque le adeudan once meses de sus paupérrimos salarios. Realmente duele. Esto es una muestra más de la insensibilidad y crueldad del Gobierno actual en medio de esta pandemia. Mucho bla, bla, bla... por televisión, pero en la práctica ¡no se ve nada de lo que dicen o prometen!”*

Les invito a no guardar silencio. El que está en vilo es un derecho fundamental que nos compete a todos y a todas: ¡la salud!

Carmen Peña Visbal

CUANDO SE DESMORONA LA SALUD DE UN PAÍS

17

*“Lo imposible solo tarda
un poco más”.*

Desde hace más de una década empecé a guardar algunas notas personales relacionadas con el desastroso sistema de salud colombiano. En estas quedaron plasmadas mi malestar con un Estado permisivo, mi dolor y mis deseos de buscar algunas soluciones y entre todos, lograr el objetivo soñado: *¡Un nuevo modelo de salud!*

Reuní mis notas y tomé la decisión de comenzar a narrar algo que, ojalá, valga la pena. Te pido que intentes entender que este escrito es simplemente mi sentir. No intento dictar cátedra y quizás su contenido no revele la verdad absoluta,

pero quien escribe cree conocer muy bien el sistema de salud actual y tiene la certeza absoluta que urge un cambio desde hace muchos años. Espero que te guste, te interese y te entusiasmes para colocar tu granito de arena y así, entre todos, podamos mejorar el sistema de salud del país con un cambio de la Ley 100.

Soy un convencido de que, para ser un buen médico, primero tienes que ser *¡un buen ser humano!*

Como médicos tenemos que intentar dar lo mejor de nosotros por el bien de los demás y tratar de lograr un bienestar común. A eso vinimos, por eso estamos aquí, dispuestos siempre a servir ante la enfermedad. En 2010 comencé a escribir seriamente, motivado por tantos pacientes, familiares y amigos que con alguna frecuencia preguntan el por qué no volvía a la consulta médica cuando yo tenía mucho por aportar como médico.

Surgió un nombre extraño y provisional para el proyecto de mi primer libro. Desde hace varios años he querido transmitir a través de algunos escritos mis reflexiones relacionadas con el sistema de salud, con vivencias propias, con mi visión de la política en Colombia, con la perversidad de un Estado que se olvidó de la clase necesitada y que, adicionalmente, ha venido acabando con la clase media. No me atrevía a llevarlo formalmente a cabo. Son muchas cosas por contar.

La vida de uno como Médico da una nutrida experiencia profesional, suficiente para elaborar uno o más textos, pero se requiere saber escribir y transmitir al lector. En mi caso no sé cómo

resultará, será una nueva experiencia titulada *Doctor, ¿usted por qué no trabaja?*

Para iniciar este proyecto no tenía un solo argumento para hacerlo realidad. Lo cierto es que tenía la necesidad de explicarle a las personas que me preguntan constantemente: “*Doctor, ¿usted por qué no trabaja?*”. Llegué a pensar que en internet podría encontrar una adecuada respuesta, pero no fue así. Investigué en *Google*, le pregunté a Alexa, a Cortana, a Siri y me pidieron que cambiara de pregunta.

Quizás, en ciertas ocasiones, cuando pacientes, familiares o amigos me formulaban esa pregunta, observaban en mi rostro una de las seis emociones básicas: la tristeza. Mi boca interviene y asume una forma asimétrica asentando esa sensación. Lo que nunca lograron ver fue mi corazón, donde se anidaban una frustración derivada de la impotencia.

Cuando hablas con personas políticas o económicamente poderosas, no te escuchan, ya sea porque no entienden el tema o porque no les beneficia o simplemente porque no les interesa. Profunda tristeza se sientescuando observas la realidad ‘deformada’ por el poder político, por el hambre de dinero –sin importar las vidas que están en juego–, cuando se pierde la salud.

Quizás si me hubieran visto en medio de la soledad en las que tantas veces me cobijé, hubieran podido ver también mis lágrimas.

Lo digo abiertamente, soy un hombre con gran sensibilidad, sentimental y romántico, un eterno soñador que cree que puede cambiar el mundo. Muchos dirán que soy un iluso, hasta podría

pensarse que rayo en la locura. Nada de eso me impide seguir adelante y pasar por encima de las dificultades que nos pone la vida y tratar de hacer algo por los demás.

Mi propósito es que quien lea este texto sea consciente de que el bien común está por encima del personal. Entre todos podemos lograr construir un 'nuevo modelo de salud' que nos devuelva la dignidad y en el que se nos trate como seres humanos.

MI JUSTIFICACIÓN

21

*“Algunas veces falta un golpe de locura
para desafiar un destino”.*

Marguerite Yourcenar

Mucho tiempo después de tener el posible título del libro encontré lo que considero que es el principal y único motivo que me separó de la consulta médica privada. Con la lectura de este texto, podrás conocer mi justificación. No creo que necesite escribir mucho para dar la explicación, por lo cual es fácil deducir que no me alcanzaría para hacer un libro. Adicionaré experiencias acumuladas durante este largo recorrido en el fascinante mundo de la Medicina.

Me corresponde seguir explicando el por qué dejé la consulta médica, esa por la que recibía incontables satisfacciones a causa de los resultados o logros obtenidos; esa consulta donde mis pacientes me demostraban cariño, respe-

to y reconocimiento, esa consulta médica en la que obtenía honorarios justos como resultado de un trabajo dedicado y honesto, recursos que me servían para sostenerme, para capacitarme día a día, para estar actualizado, para darle una buena educación a mis hijos, para tener una vida digna, sin lujos pero tranquila en el aspecto familiar, económico y profesional.

Los pacientes tenían en mí a un profesional dedicado a ellos, sabían que podían contar conmigo en cualquier momento, a cualquier hora. Hoy, a pesar de haber pasado algunas dificultades económicas que generalmente motivan cambios, sigo siendo el mismo ser humano. Un espécimen extraño que el sistema y el Estado colombiano no lograron doblegar y volverlo un títere. Mucho menos lograron cambiar mi sentimiento sobre la importancia de mis pacientes, quienes son la esencia del médico.

No podemos ni debemos aceptar ningún sistema de salud que vaya en contra de la esencia de la medicina: 1. Como médicos nos corresponde lograr el bienestar integral de las personas que acuden a nosotros. 2. Para lograrlo, nada ni nadie puede impedir que la medicina, en su ejercicio, sea una profesión liberal. Si no ejercemos el libre criterio para pensar y actuar como corresponde, no estamos practicando de forma honesta nuestra profesión. Respetándonos a nosotros mismos y a nuestros pacientes es como se gana el respeto.

Insisto en que el médico debe tener en su ADN, un alto grado de ALTRUISMO, 'debe ser un baluarte para los que padecen, nunca debe aprovecharse del dolor humano', esto y más, ¡deben ser parte de su SER!

LOS DERECHOS NO SE PIDEN, ¡SE EXIGEN!

23

Percibo que aquellas personas nacidas a partir de 1978 no van a comprender la franquicia de mis escritos, ni la razón de mis críticas, porque tendrían 15 años en 1993, al iniciarse la Ley 100 que reemplazó al anterior sistema de salud que operaba en Colombia.

Esto significa que el grupo etéreo entre uno y 38 años es una población significativa por su cantidad. Según informe del DANE de junio/2019 Colombia tenía una población de 48,2 millones de habitantes y de estos la mayor población se encontraba entre los 14 y 18 años (26%), seguidos por la persona entre los 18 y 26 años, mayores de 65 años solamente (9.1%).

Ello demuestra que la mayor parte de los colombianos no tienen la más remota posibilidad de comparar los cambios que se dieron con la Ley 100 en Colombia, en lo que respecta a los

servicios de salud. Esta población a la que me refiero solo conoce el actual sistema. Es lo único que han conocido, por ello piensan que no existe más opción que soportar este acabado y fracasado sistema. Pero, quienes lo crearon y quienes somos mayores si podemos hacer comparaciones sobre el antes y el después de la Ley 100, y estamos obligados hacerles conocer las diferencias entre los dos sistemas a la población que las desconocen, para que comprendan que el sistema de salud actual es indigno, que hay otras opciones para mejorar. Tengo la certeza de que se puede enderezar el camino del país y lograr una excelente prestación de los servicios de salud.

La SALUD es un derecho que tenemos todos los colombianos y el Estado está obligado a proveerlo.

Tengo la esperanza de que estas notas sean leídas por los niños, jóvenes y adultos de nuestro país porque son ellos quienes lograrán los cambios que urgen en el país.

SISTEMA DISEÑADO PARA MALTRATAR

25

Desde hace varios años me pregunto si el tiempo que le asignan al médico para atender a un paciente es el que realmente se requiere para poder valorarlo, estudiarlo y ayudarlo.

Esto me coloca en frente de una realidad incontrovertible: *el sistema de salud está maltratando al paciente y al médico.*

El médico, simplemente, no realiza lo correcto. Deberían asignarle el tiempo que requiera el paciente sin restricción alguna. Es nuestra obligación dar la misma calidad de consulta que se daba en años pasados, durante la que lográbamos mejores resultados. Ningún médico que se respete a sí mismo puede cumplirle a sus pacientes acatando las ‘imposiciones’ de quienes son sus ‘empleadores’, sus ‘patrones’, ya sean EPS o IPS.

¿Sería posible que con las consultas adelantadas por los médicos contratados por las Instituciones (IPS) o Entidades Prestadoras de Salud (EPS) –que son entidades privadas o mixtas– puedan brindarles a los pacientes (hoy llamados por ellos, clientes o usuarios), resultados positivos para su salud mental y física?

¿Acaso podrían brindarles lo que nosotros lográbamos cuando éramos ‘autónomos en nuestras decisiones’? ¿Pueden practicar la medicina libremente? ¿Podrían no estar sometidos al querer de las IPS y EPS?

Así es como debe ser practicada la Medicina: con autonomía, con libertad para pensar y decidir, no amarrados o dirigidos, como en la práctica obligan las entidades contratistas a los médicos en el actual sistema de salud.

Algo que no debemos pasar inadvertido es el exceso de horas de trabajo al que se ven obligados algunos médicos para lograr subsistir a causa de la pésima remuneración que reciben. Los turnos médicos son largos, los nocturnos son de 12 horas seguidas, el descanso no es suficiente en muchos casos, lo cual puede afectar las consultas y procedimientos. Así es complicado brindar un buen servicio a quienes acuden a consultas.

La explotación del personal de la salud se da como consecuencia del beneficio que obtienen las aseguradoras o EPS y las empresas que controlan el sistema financiero. Sin lugar a duda, fueron estos los que lograron transformar a los médicos en trabajadores dependientes, sin un pensamiento libre. Ese que se requiere en nues-

tra profesión para poder diagnosticar y resolver hasta donde sea posible los problemas de salud de nuestros pacientes.

La unión de esas entidades, basadas simplemente en intereses económicos –con el beneplácito del Estado colombiano– llevaron a los médicos a perder sus propios criterios, supeditándolos –casi sin que se dieran cuenta– a consignas que vulneran la autonomía en sus decisiones.

Triste es decirlo, pero los médicos fueron transformados en simples títeres de sus empleadores. Muchos olvidaron qué *“Hay que ser buenas personas para ser buenos médicos”*. Olvidaron que sus pacientes son la máxima prioridad en su profesión, olvidaron que los pacientes son la esencia del médico, olvidaron que sin Pacientes no habría médicos, olvidaron que *“para lograr respetar a los demás, primero debemos respetarnos nosotros mismos”*.

O tal vez, la necesidad de subsistencia les hizo olvidar a los pacientes, que son la máxima prioridad de esta profesión y de cómo ejercer la medicina.

Yo Amo la Medicina. Amo a mis pacientes. Amo lo que hago. Soy un apasionado de mi profesión. Me respeto y por ello he logrado el respeto de los demás. Sufro con mis pacientes, lloro y río con ellos según los resultados. ¡Si! Disfruto y entristezco, según los resultados.

“La verdadera generosidad...

...Es dar cuando no te sobra”.

La medicina es diferente aún cuando a muchos médicos hayan sido desconcientizados de su verdadero apostolado.

Así, las EPS logran conseguir el único objetivo buscado: comercializar la salud. Por ello han ganado mucho dinero basándose en el manejo y control de la salud de todo un pueblo, sin tener en cuenta los resultados positivos en los pacientes. Sólo les importa obtener rentabilidad.

RESPECTO A LOS MÉDICOS

Con mucha frecuencia escucho que se ha perdido el respeto por los médicos. El respeto es algo que no se logra por mandatos ni por leyes. Nadie puede obligar a que se respete a esta u a otra profesión, o a otra persona. No, no, no, no, no, no... El respeto debe ser ganado por el propio médico y para lograrlo debe empezar por respetarse a sí mismo.

Desde este escrito les pido que exijan con determinación y sin miedo sus derechos. Los médicos somos diferentes porque nuestro trabajo así lo determina, nuestros pacientes ponen sus vidas en nuestras manos, lo cual no se asemeja a nada. Es único. Ustedes, los médicos jóvenes, son quienes pueden conseguir recuperar la **DIGNIDAD** que les robaron con la Ley 100.

Después de pensar un poco más sobre las circunstancias que me llevaron a abandonar mi consulta médica, creo conveniente no decirlo tácticamente sino entre líneas y prefiero que sean

ustedes, después de leer todo mi escrito, quienes respondan la pregunta que originó este libro.

Intento que usted entre a mi mente y conozca mis pensamientos, acompañando mi sentir y mis vivencias médicas para que logre comprender lo que siente un médico apasionado y enamorado de su profesión ante la realidad del sistema de salud de los colombianos.

Se trata de un sistema criminal, un sistema que ha cobrado muchas vidas, un sistema en el que muchos de esas muertes se hubiesen podido evitar, un sistema fallido, un sistema inoperante y solo beneficioso para ‘los corruptos’ y para quienes se mueven dentro del sistema asegurador y financiero. Todo gira alrededor del dinero, de esa grandísima suma –supuestamente– destinadas para la salud de los colombianos. Pero, un altísimo porcentaje toma caminos diferentes dejando al sistema frágil, inestable y en una eterna ‘crisis’ (palabra que leemos y oímos a diario en lo que respecta a nuestro sistema de salud).

LA IMPORTANCIA DEL SENTIDO COMÚN

Parece mentira y es muy difícil de creer que algo tan importante en cualquier aspecto de nuestras vidas como lo es ‘El sentido común’ esté en proceso de extinción.

Es imposible conseguir un andar correcto durante nuestra vida, sin tenerlo presente. El ‘sentido común’ y el extenso conocimiento del sistema de salud nos han llevado a concluir, desde hace más de una década, ¡que los colombianos necesitamos un *Nuevo modelo de salud*.

No se trata de presentar o debatir nuevas re-

formas, expidiendo decretos o promulgando leyes para tratar de ‘revivir’ un sistema que no resultó como había sido plasmado en el papel.

Acaso se nos puede olvidar esa frasecita repetitiva que escuchamos o leemos en la prensa y por las redes sociales desde varios años atrás: *El sistema de salud se encuentra en CUIDADOS INTENSIVOS [UCI]*. No existe la mínima posibilidad de que alguien dure vivo o con un estado de salud aceptable hospitalizado por tantos y tantos años en una UCI.

**“Nadie puede pensar en lo que no conoce,
ni enseñar lo que no sabe”.**

Puede el Gobierno sanear completamente las deudas a la fecha con las llamadas EPS, hospitales, clínicas privadas y demás proveedores de este sistema y seis meses después estaremos con un nuevo déficit y sin la prestación por parte de las EPS de los servicios médicos que merecemos los colombianos y el resto de la población mundial.

Me he atrevido a dejar plasmado en este libro algunos aspectos dirigidos a lograr que sea implementado un *Nuevo modelo de salud para los colombianos*.

En múltiples ocasiones he expuesto ante varios personajes públicos muchas de estas propuestas sin obtener el mínimo ‘interés’. Esto resulta curioso porque la mayoría desconoce el

“Nadie que NO haya vivido estas experiencias, jamás podrá pensar en ellas, simplemente porque no las conoce”.

tema o no le importa lo que le sucede al ‘común’ de los ciudadanos.

Es válido pensar que con el cambio a un nuevo modelo de salud, quienes lo intenten o lo logren podrían ganarse muchos enemigos. Esos a quienes se les dañe ‘el negocio’.

Frase simple que encierra un gran contenido.

Todos los médicos de antaño –que nos formamos para el servicio misional– y quienes estudiamos, nos preparamos y practicamos durante muchos años dentro de un hospital público tuvimos la oportunidad de conocer y compartir la alegría causada en pacientes, familiares y amigos cuando se lograba su recuperación.

También conocimos la cercanía y la presencia de la muerte, a veces acechando y a veces llevándose a uno de nuestros pacientes dejándonos un gran dolor, una inmensa tristeza, una marca eterna e imborrable en nuestro ser.

Si, a nosotros nos duele cada partida. ¿Cómo podríamos calcular o siquiera imaginar el dolor causado a una familia por la pérdida de su ser amado?

Hace años, los médicos decidíamos en nuestros casos, éramos autónomos, no había barreras que nos impidieran pensar y actuar en bien

del paciente, de ese que nos busca con la esperanza de ser curado o de lograr tener una mejor calidad de vida frente a su problema...

En 2018, el economista e ingeniero Alejandro Gaviria, entonces ministro de Salud, tenía un total desconocimiento médico. En consecuencia, el manejo de las enfermedades y de la salud fue deficiente, dejando el sistema de salud acabado, inoperante y a disposición de los corruptos.

Estuvo al frente del Ministerio de Salud desde el tres de septiembre de 2012 hasta el seis de agosto de 2018, tiempo durante el cual nada hizo o quizás no pudo hacer para dejarnos a los colombianos un sistema de salud digno, un sistema que no vulnerara nuestros Derechos. Podríamos pensar que los corruptos fueron más poderosos que él o que lograron imponerse los intereses de los poderosos empresarios que manejan y controlan el sistema financiero o quizás, simplemente, él no fue capaz de enfrentarlos. Gaviria debería conocer muchas verdades que no han salido a la luz pública.

“¡Los mentirosos nunca cambian, solo mejoran su estrategia!”.

Tengo la esperanza de que algún día no lejano hable pensando más en el bienestar de la gente que en el componente financiero destinado a la salud, algo que no hizo en sus seis años como Ministro.

De la Ley 100, promulgada en 1993, se pregona

una estupenda filosofía consignada en el papel, prometiendo que todos los usuarios tendrían “*de-recho a la libre escogencia de la EPS, IPS y del Médico, entre otras y a la universalidad en la atención de la población*”, cuestión que incluiría a TODOS los colombianos, bla, bla, bla, bla...

Pero, podemos observar día a día, año tras año, la inoperancia de un Estado débil, incapaz, ineficaz, ineficiente y corrupto que no ha encontrado o no ha querido encontrar soluciones definitivas para mejorar el sistema de salud.

Interesado en propiciar un debate en torno a estos temas, cree una página en *Facebook*, bajo el título *Estrategias para un nuevo modelo de salud para los colombianos*. En ese sitio sólo se consignarían ‘Soluciones’ y cero ‘quejas’ con el objeto de proponer la creación de un sistema de salud más humano y digno.

Hasta la fecha, después de algunos años de iniciar este ‘proyecto’, he de reconocer que de poco sirvió. En las redes sociales se leen, se comparten y reciben más ‘me gusta’ (*like*), un chiste o un chisme que algo serio que incumba a todos.

Los colombianos nos quejamos en ‘susurro’, con miedo. Tememos alzar la voz y exigir nuestros Derechos consignados en la Constitución Nacional. Somos un pueblo, en su gran mayoría, sin educación y miedoso.

Como esa página no dio los resultados esperados (en parte por la apatía de los lectores), creo que este texto podría llamar la atención de quienes tengan el poder para lograr recuperar la dignidad que nos fue arrebatada con el actual modelo de salud.

DESDE MI QUERIDO CARIBE COLOMBIANO

35

Continuar escribiendo para que te guste, para no aburrirte con esta lectura, que puede ser árida, y, para ser comprendido por todos, no es una cuestión fácil. A la gran mayoría de los ciudadanos no les importa el estado de la realidad que afecta a todos por igual. Si no eres médico, quizás este texto resulte aburrido. Consciente de esto, te invito a que hagas un esfuerzo, porque la situación en que se encuentra el sistema de salud también debería ser de tu incumbencia. Escribo, entonces, para captar la atención de los apáticos.

Realmente quiero lograr llegar a quienes poco o nada les interesa el tema. Recorro a escribir en forma auténtica, a escribir tal como soy yo: un hombre del Caribe colombiano, extrovertido por naturaleza, locuaz en la cotidianidad. De vez en cuando acudo al léxico especial que nos identi-

fica, y, hasta donde me es permitido, recorro a la mamadera de gallo, el 'Ajá' en todas sus interpretaciones, el 'nojooda' y demás términos nuestros que podrían lograr la aceptación de este árido tema que nos debería interesar a todos.

Definitivamente, es cierto que el tiempo de vida que uno recibe de Dios es un eterno aprendizaje. Por muchos años que se viva, se cumple esa frase que dice:

Llegamos para aprender. Hay quienes aprenden más que otros, cada uno en el área escogida se hará fuerte si es dedicado y responsable. Por eso hay buenos y malos arquitectos, ingenieros, médicos, odontólogos, policías, bomberos, administradores, políticos, ministros y gobernantes, entre otros.

A veces debemos conocer áreas diferentes a las que nos dedicamos durante nuestra vida. Quizás tú, que no eres médico, puedas hacer más que yo y que la mayoría de quienes sí lo son. Quizás tú, con tus conocimientos, encuentres soluciones que otros no vemos. Quizás puedas ser tú un soporte para lograr el bienestar que intento encontrar para todos los colombianos y no sólo para los más favorecidos, que son minorías.

Que no sea solamente quien tenga poder económico el que logre una buena y digna atención en salud. La salud es un derecho de todo el pueblo, de pobres y ricos, sin discriminar.

“Algún día diré:

no fue fácil, pero lo logré”.

‘NO ME HICE, NACÍ MÉDICO’

Al decir esto, puede sonar extraño y hasta pretencioso, pero para ser realmente médico se requiere nacer con ciertas condiciones que deben ser fortalecidas con los estudios, con la experiencia que da el paso de los años. Debes ser caritativo, humano, humilde, amable, amoroso, tener una gran sensibilidad y el ‘Don de servir’. Esto último tiene que estar en el ADN de un verdadero médico.

Este texto trata de la salud, de la dignidad, de la vida, de la muerte, del respeto, de la alegría.

A través del texto, intento hacer que te involucres más profundamente en el actual sistema de salud porque tú eres parte de este, en su filosofía, en su manejo por parte de todos sus actores, en su entorno político y financiero, aquí quiero entregar mi aporte, aunque sea un grano de are-

* Escrito en Barranquilla, el dos de marzo de 2014.

na, para lograr constituir un nuevo modelo de salud, pero en especial, dar una mirada a la importancia de la vida digna.

Cuando digo: '*No me hice, nací médico*', significa que para ser médico se requiere del don de servir al prójimo. Cada día, en el ejercicio profesional debemos demostrar voluntad de entrega y de dar lo mejor de sí mismos.

No bastan los conocimientos logrados durante tus estudios de medicina. Si no tenemos el don del servicio al prójimo y un alto grado de altruismo –algo olvidado o desconocido por muchos– no podemos ser Médicos íntegros y con dignidad (cualidad de la que se hace valer como persona, quien se comporta con responsabilidad, seriedad y con respeto hacia sí misma y hacia las demás. No permite que le humillen ni degraden).

Como médico, a pesar de la incomprensión de muchos familiares, amigos, pacientes y conocidos, no le he permitido al actual sistema de salud ni a quienes lo controlan y manejan, que me roben o me despojen de mi DIGNIDAD. Esta sigue intacta, inquebrantable.

RECUERDOS, SUEÑOS Y VIVENCIAS

A mis 63 años,* decido escribir recuerdos, sueños y vivencias como médico de una generación en extinción. Trataré de aportar a los jóvenes médicos algunas experiencias que podrían cambiar, de cierta forma, sus vidas.

Quiero que mi primera enseñanza sea destinada al respeto, si, al respeto por sí mismo, por los

* Hoy, en marzo de 2022, tengo 71 años.

demás y el que existió hacia nosotros por parte de nuestros pacientes y sus familiares. Yo tengo la satisfacción de poder decir que jamás sentí irrespeto por algún paciente y mucho menos por uno de sus familiares quienes eran infaltables en las consultas que realizamos los médicos en Colombia debido a nuestra idiosincrasia, o mejor a esa actitud solidaria y positiva con el familiar enfermo.

El respeto se logra con la actitud, con el comportamiento, con las acciones que mostremos a nuestros pacientes. Indudablemente que esto ha cambiado, los pacientes dejaron de serlo para convertirse en usuarios o en clientes como tristemente los denominan en la Ley 100, mediante la cual se comercializó la salud, los médicos perdieron su estatus o condición dentro de la comunidad, entorno social o sociedad – como quieran denominarlo –, dejando de ser independientes. Esa independencia que nos daba la libertad de pensar adecuadamente y llevarnos a tomar en cada caso, en cada paciente, la decisión que considerábamos correcta, siempre pensando en ese ser humano que nos consultaba para que le ayudáramos a resolver su problema. Un problema que hacíamos nuestro, ya que verdaderamente nos interesaban los pacientes.

Hoy, perdida esa libertad para pensar y decidir, nos lleva a la práctica de una medicina comercializada y a tener unos médicos dirigidos a buscar un beneficio económico para sus empleadores más no para lo que obliga la profesión médica: me refiero a los pacientes. De ahí se derivan los tratos inadecuados entre médicos y pacientes, la pérdida del respeto, la pérdida del amor de los médicos hacia sus pacientes y el respeto

en esta relación, si es que hoy existe relación alguna –cuestión que pongo en duda–.

Para ser médico hay que nacer siendo médico. Hay que saber escuchar, guardar las confesiones y secretos del paciente que muchas veces comparten, conocer su entorno, en qué trabajan, cómo viven, qué problemas tienen diferentes al motivo de consulta, en fin una serie de información propia de la relación médico-paciente. Entender la naturaleza propia de cada persona es lo que la hace diferente de las demás. Aquí cabe recordar lo que muchas veces hemos leído o escuchado, *“cada ser humano es único e irrepetible”*.

Seguramente desde tu infancia has escuchado esta frase: *“Trata a los demás como te gustaría que te trataran a ti”*. ¿Será que nuestros gobernantes nos tratan como quieren ser tratados por nosotros? O ¿cuando sucede un evento trágico y dicen ‘lo siento’ o ‘me pongo en tus zapatos’ sin sentir nada y sin lograr explicar ¿cómo carajo se mete quien lo expresa en los zapatos de otro?

No quiero dar cátedra, eso se lo dejo a las escuelas de Medicina que deberían, nuevamente, desarrollar la cátedra de ÉTICA MÉDICA durante un semestre completo. No quiero que se interprete que los médicos de ahora no tienen lo que tenemos los de la vieja guardia, sólo intento que los jóvenes médicos se confronten a si mismos, se analicen y se empiezan a respetar para así poder respetar a los demás.

Si entregan por un salario su libertad de pensamiento y de expresión en lo relacionado con diagnosticar, conceptualizar, formular y, en fin, en todas aquellas decisiones relacionadas con el manejo del paciente, están y estarán perdidos

ellos y sus pacientes. Así sólo podrán favorecer a sus empleadores, a quienes probablemente sólo les interesa la rentabilidad del negocio y quizás, poco o nada, la salud de los pacientes, y ni hablar de la estabilidad de los profesionales involucrados en el área de la salud.

A cada uno de nosotros, como médicos que somos, nos debe interesar el bienestar físico y mental de todos los colombianos. Más allá de la atención médica debemos tener un compromiso para lograr lo que esté a nuestro alcance para conseguir este propósito. Quienes controlan todo el sistema de salud, también tienen familia, se enferman y se mueren. Los profesionales involucrados en el área de la salud tenemos que intentar recuperar el liderazgo que teníamos años atrás y que, con creces, merecemos dentro de la comunidad.

Ajá, te preguntarás, y ¿pa' qué escribo todo esto?, ya que, posiblemente, serán muy pocos quienes me presten atención. Tú, que lo estás leyendo, ¿consideras que –adicional a las tantas quejas de la mayoría de la población por el pésimo servicio de salud– hay soporte suficiente para que iniciemos ya un nuevo modelo de salud? Si no conoces a fondo el sistema pensarás que no hay suficientes soportes, pero la realidad es otra. Si el Estado estuviera en mejores manos, en personas que se preocuparan realmente por todos los colombianos y no por unos cuantos, tendríamos desde hace mucho rato ese modelo de salud tan anhelado.

El Gobierno conoce perfectamente que el sistema actual de salud no es el adecuado para los compatriotas, que el dinero que se destina para

la salud es suficiente para dar una excelente atención y sin negar nada de lo necesario, de lo esencial para el bienestar físico y mental de todos los ciudadanos. El grave problema es que el dinero se lo roban en gran parte y de muchas formas: con sobre-facturación de muchos proveedores, desvíos de esos recursos hacia áreas diferentes a la Salud, despilfarro y lo que denominan ‘carteles’ (de la hemofilia, del cáncer y demás patologías de este rango) en el manejo de pacientes denominados de alto costo, en los indebidos cobros al Estado por parte de las EPS.

A ello se suman las actuaciones de las IPS que generan grandes dudas en la correcta atención del servicio que deben prestar a los pacientes por parte de algunas instituciones contratadas para la atención de los servicios especializados.

Otro punto es la conocida intermediación de las aseguradoras que se llevan un gran porcentaje de los recursos por la ineficiencia e ineficacia del Estado y de sus mediocres dirigentes, el descontrol sobre los precios de los medicamentos, los marcados intereses por el manejo de los recursos a través de las entidades bancarias o financieras, el desangre por las manos de algunos malos políticos que se enriquecen a costa de las vidas de los colombianos, el desangre al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) con facturaciones millonarias por falsos accidentes, por falsas atenciones, por sobrecostos...

Vamos a destinar nuestro tiempo en presentar aportes en busca de soluciones definitivas y con la esperanza que nuestros dirigentes políticos y gremiales entiendan que la salud no puede ni debe seguir siendo un negocio.

MUERTES EVITABLES

Es importante conocer las estadísticas para tener una visión más humana y tratar de entender el sufrimiento que se da en la gran mayoría de los colombianos, agravados por el hambre, la falta de educación y la falta de oportunidades. La salud no puede seguir siendo un privilegio de unos pocos.

Un estudio realizado en 2014 por el Instituto Nacional de Salud (INS), relacionado con el período 1998-2011, suscrito por Alejandro Gaviria Uribe, en ese entonces ministro de Salud y hoy (2022) aspirante a la Presidencia de la República. Así mismo, en el estudio participó quien hoy ocupa la cartera de Salud, Fernando Ruiz Gómez, en ese entonces viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicio.

Los resultados obtenidos muestran que durante esos 13 años se reportó en Colombia un total de 2.677.170 muertes, de las cuales 1.427.535

(53%) fueron clasificadas como evitables. De estas, 496.093 (18%) fueron atribuibles al sistema de salud. Estas cifras demuestran claramente que el sistema de salud, regido por la Ley 100, es asesino, indigno, perverso e inservible. Las estadísticas¹ fueron entregadas por el Gobierno Nacional.

Este sistema ha permitido un número de muertes evitables significativamente superior a la suma de las muertes causadas por el conflicto armado en Colombia durante 60 años. De acuerdo con el Centro de Memoria Histórica 262.197 personas perdieron la vida a causa de la violencia entre 1958 y 2018. El Observatorio de Memoria y Conflicto del CNMH, le entregó al Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición, la base de datos más completa sobre el conflicto armado en Colombia, que documenta hechos de 1958 a julio del 2018.²

Ha sido miserable que conocedores de estas cifras no hayan implementado medidas correctivas para intentar que no fallezca un solo colombiano por culpa del mal funcionamiento del sistema de salud creado con la LEY 100. De ello deben responder los sucesivos gobiernos, ministros de Salud y superintendentes de Salud que han al frente del sistema durante los últimos 20 años.

Todos los ciudadanos, tenemos la obligación de exigir y lograr, ¡el tan necesario nuevo modelo de salud.

1 <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Resumenes%20Ejecutivos/Resumen%20ejecutivo%20informe%203%20Mortalidad%20evitable.pdf>.

2 <https://centrodememoriahistorica.gov.co/262-197-muertos-dejo-el-conflicto-armado/>

PROPUESTA PARA CONFORMAR UN NUEVO MODELO DE SALUD

45

¡Humanicemos primero al país, para lograr humanizar la salud!

Para atrevernos a exigir un nuevo modelo de salud debemos tener suficiente soporte y autoridad para hacerlo. La autoridad nos la da el ser médico, el conocer más de un sistema de salud, el tener conocimiento a profundidad del actual sistema y el recorrido realizado durante décadas del ejercicio profesional y administrativo de la salud.

El soporte para exigir un nuevo modelo ni siquiera habría que mencionarlo en mi escrito. Se demuestra por sí solo con hechos suficientes y que son indiscutibles e innegables, presentados en estos últimos años. Debemos recordar las cantidades de intentos por solucionar lo insolucionable. *¡Han sido tantas las reformas, decretos, normas y leyes hechas sin ver resultados positivos!*

Basado en la experiencia, concluyo que se-

rán inútiles todos los intentos de ajustes o reformas que implementen y sigan desarrollando en un futuro para conseguir una mejora sustancial y efectiva del actual sistema de salud.

Hay que aceptar lo irrefutable, lo ya inocultable. El actual sistema de salud está muerto. Es hora de que sus progenitores escojan entre la sepultura o su cremación.

Debemos crear inmediatamente un modelo de salud que se ajuste a las necesidades de los colombianos, lo cual es más fácil de lo que se dice o se cree. Posiblemente, las causas que lo impide son las cantidades de intereses económicos y políticos que existen, acompañados de la falta de voluntad de los gobernantes que hemos tenido en los últimos 20 años, durante los cuales se han acentuado las perversidades del Sistema de Salud.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS)* afirma: *“el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”*. El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención en salud de calidad suficiente.

El grave problema que observamos en Colombia es que a los últimos presidentes que hemos tenido no les ha costado violar nuestros derechos.

Se reconocen como derechos fundamentales aquellos que son necesarios para que la persona humana cuente con una vida digna, por lo

* OMS. Datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=La%20Constituci%C3%B3n%20de%20la%20OMS,de%20salud%20de%20calidad%20suficiente>.

cual se trata de las garantías individuales que tenemos todas las personas sin distinción y que son inherentes a nuestra condición humana. *“En consecuencia su reconocimiento, ejercicio y protección está estrechamente ligado al concepto de dignidad; por eso su respeto y pleno ejercicio, permite consolidar la existencia de un verdadero Estado Social de Derecho”*.

Concretamente, el Estado es el responsable de prestar este servicio y aun cuando delegue algunas obligaciones no puede renunciar al deber constitucional.

La información, la base de datos de la salud de los colombianos y el manejo del sector deben ser única y exclusivamente controlada por el Estado.

Es inaceptable que el Estado, con la expedición de la Ley 100, hubiese entregado a las diferentes EPS, ¡que son entidades particulares!, a los pacientes, los recursos destinados a la salud de toda la población y ‘de ñapa’ ¡el control de la información! La Ley 100 ha cobrado muchas vidas, muchas más que las ya mencionadas muertes evitables.

Los colombianos tenemos la obligación moral de exigirle a cada Gobierno de turno, en cabeza del Presidente, que urge un nuevo modelo de salud’.

PRINCIPALES OBJETIVOS:

1. Régimen único

Brindar a todos los ciudadanos, sin distingo alguno, los mismos servicios bajo un Régimen Único de Salud.

Todos los colombianos debemos estar cobijados

bajo un solo esquema de salud, un sistema que nos ofrezca lo mismo a toda la población, sin diferenciación de estratos (algo que debería desaparecer por la inadecuada interpretación que se le viene dando), sexo, raza, religión, ideología política y todo lo que quieras añadir tú, mi querido lector.

En este punto no hay mucho que hablar. Es así de sencillo: *¡un modelo de salud ÚNICO para toda la población!*

2. Responsabilidad del Estado sobre información

Me refiero al manejo de la información en el sistema de salud. Tema de suma importancia ya que, usualmente, quien tiene la información tiene el control.

He venido insistiendo en que el Estado jamás debió entregar el acceso a la información a las EPS. El Estado debe recuperar la información y el manejo en lo que corresponde a la prestación de los servicios de salud.

Es importante recalcar sobre la necesidad de tener el control de la información para tener credibilidad en los resultados, en la calidad, en la eficiencia, en las estadísticas vitales, epidemiológicas y geográficas. ¿Cuántas personas realmente tienen acceso? ¿Cuántas usan los servicios médicos? Poder contar con la identificación de morbilidades y de los indicadores de salud, entre otros temas, facilitará la toma de decisiones.

¿Cómo ordenar datos e interpretarlos sin confiar en la información que recibimos de las EPS? Actualmente, el Estado depende de la información que le brinda cada una de las EPS.

La consecuencia es que esa información deja

de ser fidedigna, creando dificultades y consecuencias graves en la falta de control por parte de la Superintendencia de Salud y, lógicamente, del Ministerio de Salud.

Toda información en salud, como en cualquier otra área, debería tener el 100% de credibilidad. Con la tecnología actual y la creación de una muy buena aplicación web y móvil se facilita la tarea para obtener la información real, la que necesitamos.

3. ¿A quiénes incluir en el Sistema de Salud?

Muy simple. Todos los colombianos, por derecho derivado de la Constitución, deben recibir atención en salud.

Con la transformación propuesta se hará cumplir, realmente, el propósito de brindar la cobertura universal que se pregona desde el nacimiento de la Ley 100 de 1993, lo que no se ha logrado hasta la fecha.

4. Cobertura de la atención

La atención médica ambulatoria y hospitalaria se debe brindar en cualquier parte del territorio nacional y no como sucede actualmente, que solo nos atienden la consulta médica ambulatoria en un punto del municipio donde se reside. Me refiero a la IPS que asignan e imponen las EPS. Pero se nos niega la atención de consultas ambulatorias en todo el resto del país.

Prueba es que por cualquier sintomatología manejable de manera ambulatoria que se presente a un paciente en un sitio no muy distante dentro de la misma población donde reside

o por fuera de esta, *“le obligan a acudir a un servicio de urgencias de un hospital o clínica”*.

No hay que olvidar que *“la suerte juega papel importante en nuestra salud en estos casos”*. Se debe llegar ‘rezando’ y confiando en ‘un milagro’, pidiéndole a Dios que esa clínica u hospital se encuentre habilitada en la desastrosa Red de Prestadores de la EPS a la cual se encuentre afiliado. ¡Ah!, y, además, que la EPS esté al día en sus obligaciones financieras con dicha clínica u hospital para que el paciente pueda ser atendido y no le pidan que se traslade a otra clínica y se inicie así el ‘paseo de la muerte’, que nunca ha podido ni podrá ser controlado por las autoridades de salud mientras se mantenga el actual sistema.

¡Caramba! Eso es mucha odisea, pérdida de tiempo, de dinero y de dignidad para conseguir una atención al problema.

No se trata de un favor sino de un derecho, de una obligación del Estado, por el cual los usuarios contributivos o contribuyentes pagan mensualmente una suma de dinero a la que se les añaden los recursos originados en los impuestos, que deberían alcanzar para cubrir no solo los gastos de quienes aportan, sino también de

* “Según las bases de datos del Ministerio de Salud, que no han sido actualizadas con el número de pacientes que serán trasladados de Coomeva a otras EPS, la que tiene mayor número de afiliados en Colombia es Nueva EPS, con 8,5 millones, de los cuales 4,5 millones pertenecen al régimen contributivo y 3,9 millones al subsidiado. Le sigue la EPS Sanitas que tiene 4,74 millones de usuarios (4,1 del contributivo y 619 mil del subsidiado); EPS Sura, con 4,71 millones de afiliados; Salud Total, con 4,19 millones; Coosalud, con 3,1 millones; y Famisanar, con 2,7 millones”. Fuente: El Espectador, 8 de enero de 2022. <https://www.elespectador.com/salud/estas-son-las-eps-con-mas-usuarios-en-colombia/>

los subsidiados, es decir, aquellos que no tienen ingresos suficientes para aportar al sistema.

5. Los puntos de atención

Es obligación del Estado mantener puntos de atención en todo el territorio nacional para que cualquier paciente, cuando requiera una atención médica ambulatoria, pueda ser asistido en cualquiera de estos, evitando acudir, innecesariamente, a una institución hospitalaria.

No significa que los centros de atención o IPS tengan que ser públicos en su totalidad. Pueden ser públicos, mixtos o privados.

A un desprevenido observador podría parecerle difícil, pero la verdad es que no lo es. Prueba inequívoca fue la desaparecida Caja de Previsión Social de Comunicaciones (Caprecom), una entidad estatal encargada de prestar servicios médicos a sus afiliados. Caprecom tenía presencia en 28 de los 32 departamentos de Colombia. ¡Eso, en una sola entidad! Podría decir lo mismo del desaparecido Instituto de Seguros Sociales (ISS) que tenía presencia en la mayor parte del territorio Nacional.

Extrañamente, al desaparecer el ISS -cuando ya lo habían transformado en EPS del actual sistema de salud- nace Nueva EPS, convirtiéndose en una entidad mixta, con participación privada y pública. En febrero de 2022 es la EPS que más usuarios atiende: 8.531.553 (16.81%). Es en la única EPS que tiene participación el Estado, y fue la que dio mayores utilidades, de acuerdo con informes entregados por diversos medios de noticias.*

Se propone crear una entidad estatal para el manejo de lo básico. Me refiero al primer nivel de atención, del que depende en gran parte el

buen funcionamiento de los siguientes niveles de atención y en general, de la integridad del sistema de salud.

6. Forma de solicitar atención

Todos los connacionales, sin excepción, debemos ser atendidos presentando nuestra identificación, sea la cédula colombiana o de extranjería, tarjeta de identidad, certificado de nacimiento u otro documento de identidad, sin necesidad de tener que especificar si es está afiliado al régimen contributivo o subsidiado. Nadie debe ser discriminado, como se da en la actualidad.

Todos seremos asignados al centro de atención más cercano a nuestra residencia, pero podremos ser atendidos en cualquiera de los otros centros existentes en el país. Hoy la tecnología permite tener un adecuado control sobre el uso correcto o incorrecto por parte del paciente o usuario.

La aplicación web y móvil harán más amigable, más fácil, toda la tramitología administrativa. Los usuarios del sistema no tendrán que hacer largas filas para conseguir una cita, ni rogar para conseguirla, ni buscar a personas influyentes que ayuden a lograr lo que debería ser fácil. Tengo la certeza de que todo ello será cuestión del pasado cuando sea implementado el nuevo modelo de salud.

8. Condiciones de ños profesionales de la salud

Urge mejorar las condiciones laborales y económicas de los profesionales involucrados en el área de la salud.

El Estado colombiano debería ser el único em-

pleador de los profesionales involucrados en la prestación de los servicios en el nuevo modelo de salud. Por supuesto, la consulta privada del médico no tiene relación con esta propuesta.

La mejora de los ingresos salariales aunada a la estabilidad que puede brindar un contrato a término indefinido permitiría que los médicos tengan que trabajar solamente las ocho horas –hoy exigidas–, y no tener –como sucede actualmente– que buscar otros trabajos o turnos largos, de muchas horas y mal pagados, en las clínicas, para lograr mejorar sus ingresos y poder subsistir. Esa situación causa un deterioro en los médicos que laboran horas en exceso. Ello puede repercutir, por el mismo cansancio, en fallas que pueden costar vidas.

9. Costo de la salud

Urge disminuir los costos del Estado sin causar detrimento a los actores del sistema de salud. Debemos acabar con la actual y perversa intermediación financiera que, además, iría acompañada de la desaparición de parte importante de la corrupción y desvíos de dineros de la salud afectando a poblaciones vulnerables.

No debemos olvidar que con las transformaciones propuestas se daría fin a todo aquello que es indebido, que por años ha causado deterioro de los recursos de la salud. Me refiero a la negación o no prestación de los servicios necesarios, al ‘ahorro’ que hacen las EPS y las IPS a costa de la salud, a la escandalosa corrupción que se vive a diario, a los desvíos del dinero destinado a la salud para otros rubros, entre otras muchas razones.

10. Regímenes especiales

Es indispensable revisar seria y profundamente los servicios médicos diferenciados, es decir, los denominados regímenes especiales.

El costo de estos servicios es excesivamente alto comparado con los beneficios que realmente reciben por parte de los entes prestadores. En estos regímenes se manejan grandes sumas de dinero, diferentes al presupuesto nacional destinado para la salud del resto de los colombianos.

Los intereses políticos y económicos son tan perversos como el contrato que realiza el Estado por medio de entidades de este con diferentes sociedades, clínicas o empresas que logran ganar las diferentes licitaciones para poder brindar servicios en salud.

Las instituciones que prestan estos servicios son las mismas desde hace muchos años, esas que supuestamente ‘ganan transparentemente las licitaciones’, que, en muchas oportunidades, por no querer decir ‘siempre’, son manipuladas desde el interior de cada entidad encargada de estas.

Proponemos un sistema de salud único e igualitario para toda la población, sin distinción de posición socio-económica, religiosa, política, raza, sexo, edad, profesión u oficio, entre otras. Entre esos regímenes especiales –que conservaron, a título de excepción, los beneficios especiales luego de expedirse la Ley 100 de 1993– se encuentran: los docentes-Magisterio, Policía Nacional-Fuerzas Militares, Ecopetrol y las universidades públicas (Ley 647 de 2000).

Todos los involucrados en estos regímenes, con absoluta seguridad recibirán mejor atención

con el nuevo modelo de salud que la que reciben en la actualidad.

11. Hospitales públicos

Es importante y urgente recuperar los hospitales públicos, hacer de ellos entes donde brille la docencia universitaria y que estos sean tan competentes como cualquiera de las mejores clínicas del país. Los hospitales deben tener garantizada su supervivencia y la excelencia en la prestación de sus servicios.

A los recursos de la salud que el Gobierno destine a cada hospital podrían sumarse los ingresos de las diferentes universidades a las que, en estos hospitales, se les permita brindar docencia teórica-práctica, y puedan sumarse los aportes o donaciones por parte de las empresas privadas con las que se podría lograr un plan estratégico basado en reconocer beneficios a través del pago de impuestos. Se necesita conseguir la forma de mantenerlos abiertos y construir nuevos hospitales. Debe evitarse que sigan cerrando los hospitales, hecho al que el Gobierno nos tiene acostumbrados.

Hay que pensar en hacerlos autosostenibles con una buena práctica y con buen manejo administrativo. Los hospitales públicos no deben seguir desapareciendo.

12. Diagnóstico tardío

El diagnóstico tardío encarece claramente el costo del sistema y es causal de muchas muertes.

Esto sucede, en un alto porcentaje, debido al diagnóstico no oportuno, a diagnóstico incorrec-

to o a uno no precoz como se requiere en todos los eventos médicos. El médico no diagnostica a tiempo debido a varios factores, entre ellos, el poco tiempo que dedica a su paciente en una consulta, a la orden que recibe del patrón, llámese EPS o IPS, para contener sus gastos y costos. Se trata de órdenes dirigidas para que los médicos generen la menor cantidad de exámenes de ayuda diagnóstica y eviten, en lo posible, hacer remisiones a los médicos especialistas. Quizás por esto se registra la escasa o tardía remisión a especialistas.

Más delicado es el tema para los estudios de promoción y prevención, en los que las EPS no quieren gastar lo que el sistema les aporta por este concepto.

A todo ello hay, duele anotar, la deficiente preparación que en muchas de las universidades colombianas se les da, actualmente, a un porcentaje de los estudiantes de Medicina.

13. Actualización de los profesionales de la salud

Los médicos deberían actualizarse de manera permanente. El Gobierno Nacional debería hacerlo obligatorio, estableciendo un mecanismo para brindar todo el apoyo necesario a los profesionales para que esto se cumpla. Hoy, con la tecnología que existe, se hace más fácil ofrecer variados cursos virtuales de actualización médica. Si la formación constante no está establecida en la ley de Talento Humano en Salud, deberían incluirla.

* El Registro Nacional del Talento Humano en Salud -RETHUS- es la inscripción en el sistema de información definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, del talento humano en salud.

Cabe anotar que para que de esto surja un efecto real, a los médicos les deben mejorar sus condiciones laborales y económicas, entendiéndose que, de acorde a su loable trabajo, perciban un salario digno.

Me atrevo a sugerir algo que el Estado, en manos del Presidente y del actual Ministro de Salud han debido regular en este periodo de pandemia que ha sido tan crítico para los profesionales involucrados en el área de la salud. Vimos morir a muchos de ellos en cumplimiento de su profesión, de su vocación de servicio a la humanidad dejando a sus familiares en situación compleja.

Propongo que los médicos y sus familias tengan garantizado el derecho a la salud y, además, que sean protegidos con un seguro de vida para que, ante un evento infortunado que llegara a presentarse, no deje en la pobreza a su familia.

Así como los docentes, quienes deberían tener el derecho de la educación de sus hijos de forma gratuita y brindada en el establecimiento educativo que escojan, los médicos también deberían gozar del derecho a la salud sin hacer aportes al Estado por este concepto.

14. Autocuidado de pacientes. Protocolos

Tenemos que pensar cómo hacer realidad el autocuidado del paciente, a quien debe vincularse en ese propósito. Para lograrlo hay que enseñarle cuáles son los cuidados y las obligaciones que le corresponden y llevarlas a la práctica.

De no ser así, jamás lo lograremos. No puede ser que solamente se le diga: 'vaya y cuídese'.

La regulación y obligación por parte del Minis-

terio de la Salud de los protocolos de atención, en cada patología, son fundamentales y hasta hoy, ninguno de ellos es una realidad completa.

Prueba concluyente fue la que vivimos durante toda la pandemia. Precisamente, en todo este tiempo, el Gobierno nacional -en cabeza del ministro de Salud, Fernando Ruiz- fue incapaz de proporcionar un protocolo de manejo ambulatorio u hospitalario para los casos de Covid-19 o SARS-CoV-2. Cada médico, cada IPS, cada EPS, cada hospital y cada clínica privada tenía su propio esquema de tratamiento. Unos buenos, otros malos y otros muy malos.

Cero coordinaciones del Gobierno Nacional con las EPS, encargadas de la salud de toda la población, para el manejo ambulatorio y domiciliario que hubiera evitado tantas hospitalizaciones y muertes. Si se les hubiera dado protocolo de tratamiento y de seguimiento para el manejo de los pacientes contagiados por el virus y de su entorno desde el inicio de esta enfermedad, otra historia tendríamos que contar.

15. Red única prestadora de Salud

Permitir realmente la ‘libre escogencia’ del profesional de la salud -ese que el paciente seleccione porque desea que lo atienda (algo que pregona la Ley 100)- es una ilusión legal que en la práctica no se ha dado desde su creación.

Este es un tema del que poco se ha comentado, ya que no se le ha dado la importancia que merece. Actualmente, cada EPS cuenta con una ‘Red Prestadora’. Los usuarios de cada EPS solo pueden acudir a los profesionales que se encuen-

tren en 'su red'. Los conceptos y las incapacidades entregados por diferentes especialistas que no estén en esa red no son válidos. Esto ha acarreado múltiples problemas en sus usuarios. Las incapacidades expedidas por médicos especialistas que no se encuentren en la red de la EPS no son reconocidas por estas. Las EPS no brindan un buen servicio, las consultas para especialistas las demoran varios meses sin importarles el estado de salud en que se encuentre el paciente, lo cual es otra de las causas que obliga al paciente a acudir al servicio de urgencia para lograr ser atendido. Los especialistas de cada EPS pasan ocupados y nunca son suficientes para brindar una rápida y adecuada atención.

El Gobierno Nacional creó el Registro Nacional del Talento Humano en Salud -RETHUS- y en este se encuentra todo el personal autorizado para el ejercicio de cualquiera de las profesiones de la salud.

Proponemos crear en el país una Red Única Prestadora de Salud que estaría integrada por todos los profesionales del área de la salud que estén debidamente reconocidos y autorizados* para ejercer su profesión en el territorio nacional y que además deseen participar.

Con ello se logrará que pueda garantizarse la atención en salud de cualquier persona en todo el territorio nacional, garantizando que haya un número mayor de profesionales de la salud, como también más especialistas dispuestos. Así, mejorarían los tiempos de atención.

Cumple con los requisitos establecidos en la Ley 1164 de 2007, proceso con el cual se entiende que

dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión.

16. Historia clínica única digitalizada

En el punto dos comentamos sobre la información, y anotamos la necesidad de aprovechar la tecnología para crear una aplicación *web* y móvil que facilite muchas actividades, entre esas, la relacionada con la consecución de implementar la historia clínica única de cada paciente. Se trata de algo necesario, fundamental y urgente.

La historia clínica debe ser fácilmente encontrada en el momento y lugar en el que el paciente requiera cualquier tipo de atención médica, ya sea en su ciudad de origen o en cualquier otro lugar del territorio colombiano, algo que en este momento no ocurre porque no existe un registro único nacional de historias clínicas.

Desde años atrás se viene hablando de la historia clínica electrónica sin que se puedan ver resultados de esto.

Esta solución podría salvar millares de vidas. Una aplicación en la que el médico pueda visualizar la información de su paciente.

En los casos de consultas médicas de urgencia o en aquellos que se presente una patología en cualquiera otra ciudad o municipio diferente a donde reside el paciente, podría permitirle al profesional de la salud tener una información rápida con datos claros y confiables de los antecedentes del paciente, los medicamentos que consume, las condiciones de salud y demás datos de importancia médica que evitan tramitologías, interrogatorios largos, exámenes de ayuda diagnóstica. Así,

el médico podría actuar eficazmente para hacer un mejor diagnóstico y resolver de forma más segura el problema al que se enfrenta, ayudando al paciente como se merece.

Recordemos que a cada uno de nosotros nos atienden, actualmente, en una IPS ubicada en una de las calles de nuestro municipio, y solo en esa institución ‘guardan’ y pueden ver nuestra historia clínica, pero nadie más puede hacerlo.

Dicha aplicación web o móvil, debe ser de uso obligatorio por todos los profesionales que integren la Red Única de Prestadores, pagando cada uno de ellos una mínima cuota mensual para lograr con tales ingresos garantizar el mantenimiento y la actualización de dicha aplicación.

17. Especializados en enfermedades de alto costo

Se propone constituir instituciones destinadas exclusivamente al manejo de las enfermedades consideradas de alto costo. Teniendo el Estado la información en su poder podrían constituirse entidades a nivel nacional que cobijen a los pacientes que padezcan cualquiera de las enfermedades incluidas en cada grupo.

La atención de las patologías de alto costo exige que la misma sea eficiente y especializada por su grado de complejidad. Para ello, proponemos crear entidades que se encarguen, a través de varios departamentos o direcciones, de tratar las diferentes patologías.

Así podrá prepararse al personal necesario para que puedan atender a los pacientes con cáncer, leucemia, insuficiencia renal que requiera diálisis, HIV y hemofilia, entre otras. Con ese per-

sonal preparado, con profesionales competentes, podrán crearse Centros de Excelencia o de Atención Especializada para cada enfermedad o patología. También tendrían que emitirse protocolos para implementarse y cumplirse a nivel nacional.

Los medicamentos deberán ser adquiridos directamente por el Estado a los laboratorios farmacéuticos que los producen, bajando así los gastos.

Cada entidad que se constituirá será la encargada de distribuir los medicamentos a cada uno de los centros de excelencia a su cargo y garantizará que todos los pacientes recibirán las medicinas ordenadas para su tratamiento y recuperación de su salud. Para lograr la ubicación donde deban funcionar cada uno de los centros de atención se debe contar con información fidedigna.

La institución encargada de las patologías de alto costo deberá apersonarse, además de los ya mencionados, de los pacientes con hipertensión arterial (HTA) y con diabetes para, con una buena Promoción y Prevención (PyP), controlar y mejorar la calidad de vida de cada uno de ellos. Con esto se lograría evitar o mitigar lo que sucede con el actual sistema de salud, en el que una gran cantidad de estos pacientes padecen complicaciones que, generalmente, se agravan pasando a las enfermedades de alto costo. Ello se debe a descuido del paciente, o de la EPS o de su IPS o de un manejo inadecuado por parte del médico. Esa situación cobra vidas y encarece el sistema.

Existe la obligación de evitar que se presenten mas accidentes cerebrovasculares (ACV), más amputaciones o más casos de insuficiencia renal por no tener un control adecuado de la diabetes y de la HTA.

18. Dobles pagos

Actualmente, para adquirir una póliza de medicina prepagada o un Plan Complementario de Salud (o plan de medicina prepagada) se requiere estar afiliado a un Plan Obligatorio de Salud (POS), por ende, a una EPS. El ciudadano tiene que realizar un doble pago. En caso de que esté pensionado le descontarán la cuota parte, y si realiza trabajos como independiente deberá cotizar a la EPS. Y si mantiene un plan complementario, eso querrá decir que realiza tres pagos por tener derecho al servicio de salud.

Con la propuesta que estamos proponiendo, los colombianos podrán elegir entre el nuevo plan público y complementarlo con algunos accesos adicionales o en su defecto, sustituirlo completamente por un plan privado que asuma la totalidad de la atención sin la obligatoriedad de pagar el plan del Estado.

En este caso, los ciudadanos tendrán más de una opción para elegir qué organización les prestará la atención en salud.

a. Una posibilidad sería ser atendido a través del nuevo modelo de salud.

El nuevo modelo de salud, como lo hemos mencionado, será responsabilidad absoluta del Estado. Recordemos que la salud es un Derecho Fundamental para la vida y, por eso, el Estado debe cumplir con la responsabilidad que tiene con toda la población.

*. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 00002503 del 28 de diciembre de 2000. Bogotá DC, 28 de diciembre de 2020. ¿Cuáles son las bacterias de la boca? <https://mejorconsalud.as.com/bacterias-boca/>

Quien se decida por el sistema público podrá adquirir, si lo desea y sin obligatoriedad, lo que llamaremos planes complementarios o adicionales de salud. Estos planes tendrán como único objetivo mejorar las condiciones de acceso a hotelería y otros servicios que quizás no se logren incluir dentro de lo que se ofrecerá en su plan de atención (ejemplo: habitaciones individuales o tipo suite, cirugías estéticas, etc.).

b. Otra posibilidad sería ser atendidos privadamente por medio de una póliza de salud generada por una de las tantas compañías aseguradoras que las ofrecen.

Algunas ofrecen los servicios médicos en el territorio colombiano y en el exterior del país. En este caso, las personas no estarán obligadas a afiliarse al sistema de salud público, es decir, no deberán realizar un doble pago, como sucede actualmente. El dinero de ese aporte le servirá para pagar parte o la totalidad de la póliza. En caso de decidirse la persona por una aseguradora, la salud de este y de su familia deberá ser responsabilidad absoluta de la empresa aseguradora.

Estas opciones le quitarían una carga importante al Estado, disminuirían el gasto de bolsillo de los afiliados que tengan la capacidad de adquirirla y ayudaría a apalancar los planes privados de salud cuyo crecimiento ha estado muy limitado en el país.

19. La vida y la salud no pueden ser un negocio

La vida y salud de los colombianos no son un negocio. El nuevo modelo de salud no tiene por qué generar ganancias a terceros que no se re-

lacionen con la prestación de los diferentes servicios que son suministrados. En el modelo propuesto se deberá invertir en lo necesario para proporcionar un excelente servicio, que sea igual para todos, sin excepciones.

Como es imposible consignar en este escrito todos los cambios que deben generarse para lograr hacer realidad un nuevo modelo de salud, debemos conformar diferentes grupos de trabajo liderados por personas que conozcan profundamente del tema y que tengan un alto grado de altruismo.

Logrado esto, quizás, otros países puedan copiarnos... ¿Por qué no?

20. Relación participativa de las empresas con el Nuevo Modelo de Salud

Primero recordaré cómo era la prestación del servicio médico de las diferentes empresas del país a sus empleados y familiares. Antes de ser aprobada la Ley 100, las empresas tenían un servicio médico acorde a su tamaño, o sea, según el número de trabajadores. En las pequeñas tenían un médico y un enfermero; y las empresas grandes mantenían un departamento médico integrado por médicos generales, odontólogos y especialistas.

Esa es una posibilidad que podrían ser retomada al implementarse el nuevo modelo de salud. Veo posible retomar esa propuesta porque fue parte de lo bueno del modelo que antecedió a la triste y famosa Ley 100.

Claro que es posible que a las empresas de cualquier tamaño se les involucre y se les requiera tener, mínimo, un servicio médico básico que

pueda ofrecer consultas de medicina general, tener medicamentos básicos y así poder resolver cantidades de consultas que actualmente provocan ausentismo, gasto de dinero en transporte al trabajador y otras tramitologías.

Podrían descongestionarse los centros de atención médica, hoy denominados IPS. Las consultas serían resueltas en un solo día y se evitarían las consultas que agendan las IPS a un intolerable largo tiempo para el paciente, como si las IPS esperaran que el paciente se cure, se complique o fallezca.

Esto también incluye a las universidades, colegios y demás instituciones que mantienen en sus instalaciones un gran número de personas.

20. Salud mental

El actual sistema no le ha dado la importancia que merece a la salud mental. Hoy, se maneja de reojo, con desdén, con menosprecio por parte del Gobierno Nacional. Son muchos los problemas que tenemos los colombianos y que terminan afectando mentalmente a un alto número de la población.

Se han incrementado el maltrato a niños, a mujeres, la violencia intrafamiliar, violencia cotidiana en las calles, violencia sexual, violencia en los colegios, en el trabajo y la más notoria de todas, la violencia política. Conociendo todo esto, no se observa nada serio para corregirlo. Puros paños de agua tibia y negocios no muy claros con algunas patologías mentales y con ciertas adicciones.

Lo relacionado con el tema de la salud mental requiere una recomposición total. Debe ser prioritario dentro de los programas de promoción y

prevención del nuevo modelo de salud.

Se trata de programas que hay que llevar necesariamente a todas las escuelas, a los diferentes sitios de trabajos, a los hogares más necesitados. Después de lo observado, durante y después de la pandemia, se hace obligatorio darle la debida importancia.

22. Promoción y Prevención (PyP)

En este punto, anoto quizás lo más importante para lograr mantener lo más sanamente posible a toda la población. Es indispensable que cualquier sistema de salud lo contemple para que este sea realmente beneficioso.

Si trabajamos en la Promoción y la Prevención podrán evitarse muchas enfermedades, se reducirían las enormes cifras de complicaciones que hoy se presentan por la mala atención de las EPS, por el nulo seguimiento a todas las patologías que científicamente se conocen como de alto costo, y otras como la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes. Se reducirían considerablemente los gastos exagerados que se generan en el actual sistema de salud (Ley 100), por no llevar a la práctica de manera eficiente, los programas existentes de la PyP.

Para las Actividades de PyP, el Estado reconoce una cantidad de dinero por cada uno de sus usuarios a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo, para adelantar las actividades correspondientes.

En el Artículo 61 del Capítulo II, Actividades de promoción y prevención, de la Resolución 00002503 del 28 de diciembre de 2000, el Gobierno estipuló: *“Fijar el valor que se reconoce a*

las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, para el desarrollo de las actividades de promoción y prevención durante el año 2021, en la suma anual de veinticuatro mil ciento cincuenta y dos pesos con cuarenta centavos moneda corriente (\$24.152,40), que corresponde a un valor diario de sesenta y siete pesos con nueve centavos moneda corriente (67,09)”.

En dicha resolución observamos que no se tuvo en cuenta al Régimen Subsidiado. Además, es clara la necesidad de revisar, complementar y hacer cumplir todas las actividades que sean necesarias para proteger la salud de la población.

23. Odontología

Todos los profesionales de la salud deberíamos conocer la enorme importancia de mantener la cavidad oral en el mejor estado posible para el bienestar del individuo. Según estudios, *“en nuestra boca se cuentan alrededor de 100 millones de bacterias por mililitro de saliva y se han encontrado hasta 600 especies de bacterias en la boca”*.*

En el actual sistema de salud, lo que se ofrece en lo relacionado al manejo odontológico es insuficiente, es miserable. No puedo calificarlo de otra manera. Se necesita una recomposición total e inmediata de este ítem.

¿Cómo es posible que no se cubra la totalidad de las necesidades para mantener la cavidad oral y la dentadura sanas?, ¿acaso no hacen parte de nuestro cuerpo? En odontología se deben incluir todos aquellos procedimientos que se requieran para la funcionalidad adecuada de cada persona. ¡No hablo de estética!

Un implante dental cuesta o vale más que lo que recibe un cirujano cardiovascular por una cirugía cardiaca, no hay control al respecto.

Conozco un médico amigo con antecedente de IAM (Infarto Agudo de Miocardio) y con problemas de encías que debilitaron su dentadura, consultó a su IPS donde le informaron que ese tratamiento no lo cubría la EPS, siendo consciente como médico que es, de que en su boca tenía focos infecciosos que colocaban su vida en riesgo, por el alto y exagerado costo del tratamiento, decidió vender su automóvil para solucionar su patología dental. Él pudo resolver su problema, pero ¿qué hay de la gran mayoría de la población que no tiene los recursos?

24. Sobreocupación y atención en urgencias

Trataré de explicar lo mas brevemente posible el por qué sucede la sobreocupación en las clínicas y hospitales del país encareciendo injustificadamente el sistema de salud. Todo se inicia por el esquema de atención básica en salud. A todos los colombianos nos asignan una IPS, estas son unidades para la atención ambulatoria, allí se dan citas y se hacen consultas médicas, se expiden órdenes de exámenes paraclínicos, de fórmulas médicas, entre otro, pero no tienen urgencias ni hospitalizaciones.

En las IPS se labora con horario diurno y específico, no se atiende las 24 horas de cada día. La IPS que corresponde a cada usuario, supuestamente debe estar en un lugar cercano a su residencia. Es un sitio específico de una calle del municipio.

Aquí quiero dejar en claro la alta importancia

de esto que anoto. No existe ningún otro lugar en todo el territorio nacional en donde un ciudadano pueda recibir atención médica de manera ambulatoria diferente a donde se la asignaron.

¿Esto qué quiere decir? Que aquellas personas que llegasen a presentar sintomatología de cualquier tipo que no amerite hospitalización ni consulta a un servicio de Urgencias (por ejemplo: dolor de cabeza intenso, dolor abdominal, crisis de asma leve, etc.), tiene obligadamente que acudir a un servicio de urgencia de una clínica o de un hospital, congestionándolos injustificadamente y encareciendo el sistema de salud.

Algo evitable en un alto porcentaje si la atención medica ambulatoria se le prestara a todos los ciudadanos en cualquier sitio del país.

Para evitar que esto siga sucediendo, presentamos propuestas concretas para elaborar un nuevo modelo de salud en el que no se presenten estos casos y puedan prevenirse las muertes evitables, como esas que alguien denomino 'el paseo de la muerte' (pacientes remitidos de una urgencia a otra y a otra sin ser atendido hasta fallecer por culpa del sistema).

En el modelo de salud actual, todas esas salas hacen parecer los hospitales y clínicas como zonas de guerra. Con el nuevo modelo de salud desaparecerá ese problema. Todo esto es corregible. En las urgencias deberían tratarse a los pacientes sin trámites, sin largas esperas. Ante la enfermedad, ante la gravedad de los pacientes que acuden a una urgencia, el sistema y los médicos estamos obligados a cambiar.

No debería importarnos si están o no cubierto por un seguro de salud privado ya que, con

el nuevo modelo de salud todos los colombianos estaremos protegidos. Por lo tanto, existirá una garantía real del Estado colombiano para dicha atención médica.

Mucho menos se debería esperar, como se hace actualmente, el visto bueno administrativo de la clínica para poder atender al paciente.

Simplemente se le debe brindar la atención inmediata a cada paciente que lo requiera. De lograrse esto, se podrán salvar muchas vidas. Hay que volver a ser y actuar como verdaderos médicos. Propongo acabar con tanta tramitología en las salas de urgencia

25. ¿Acabar o no a las EPS?

Mi opinión sobre esto es clara, es firme al 100%. Si de mi dependiera hoy mismo acabaría con todas las EPS. Infortunadamente no se puede hacer hasta que el Estado consiga tener toda la información seria, verídica y real, en su poder. Al día de hoy, la información la tienen las EPS y el Estado depende de lo que aquellas le pasan. Acabar con las EPS y colocar en manos del Estado la responsabilidad absoluta de la salud de todos los colombianos, si estuviera en mis manos esa decisión.

Esta es una pregunta que se hacen muchos y quizás se origine por una inquietud de quienes desconocen cómo funciona el sistema de salud. El temor que surge al tomar la decisión de desaparecer este tipo de intermediación es: ¿Cómo hace para acabarlas y seguir prestando el servicio asistencial a las personas que están afiliadas a estas?

Hay que entender que no son las EPS las que

directamente prestan la atención ambulatoria y hospitalaria. Son los Institutos Prestadores de Salud (IPS) los que no desaparecen, se fortalecen y continúan prestando el servicio asistencial sin traumatismo alguno para las personas que requieran atención médica.

A esas IPS solo les cambiaría su contratista, su pagador, que sería el Estado, el que les garantizaría los pagos a tiempo, correspondientes a la prestación de sus servicios y no como ha venido sucediendo con las EPS que han dejado incontables IPS en la quiebra por falta de pagos que les correspondía hacer.

Con la creación de la red única de prestadores a nivel Nacional se facilitará a todos los ciudadanos la atención a los servicios médicos.

Las entidades promotoras de salud, entre otras funciones, están encargadas de:

a. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional.

Yo: Esto no se cumple, tal como he descrito.

b. Remitir al fondo de solidaridad y compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

Yo: Esto aclara a los no familiarizados con el sistema de salud sobre el grave error de entregar a las EPS la información para depender de estas y la importancia de recuperarla. En cualquier campo, área o situación de vida, quien tiene la información tiene la ventaja.

“Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen (contributivo o subsidiado) son responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento”.

“Se entiende por aseguramiento en salud:

- 1. La administración del riesgo financiero.*
- 2. La gestión del riesgo en salud.*
- 3. La articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario”.*

La administración del riesgo financiero consiste en la probabilidad de que los gastos por eventos de salud de sus afiliados superen los ingresos que reciben por cada uno de los usuarios, es decir, la denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Aquí cabe preguntar: ¿cómo es posible que varias EPS (Nueva EPS, EPS SURA, EPS Sanitas, Salud Total, Medimás) hayan dado grandes utilidades en 2020 y otras EPS tengan que ser liquidadas por malos manejos? Estas, sin pagar las debidas consecuencias de todo el daño que dejan y de los problemas que esto conlleva. A la fecha de este escrito no se conocen los informes de 2021.

El caso de la liquidación de COOMEVA EPS es un ejemplo muy reciente de la necesidad de terminar con las EPS. Coomeva EPS (en liquidación) es una empresa del Grupo Coomeva que encierra un conglomerado de empresas, financieramente fuertes. Entre sus empresas, anoto,

mantienen un banco (Bancoomeva) que muestra buenos resultados.

Coomeva Cooperativa tiene o tenía la mayor parte accionaria y, por lo tanto, ha debido responder ante el Estado y no dejar una sola deuda pendiente. Pero no es así. El Estado tendrá que salir a solucionar las enormes deudas que esa empresa ha dejado. Hasta aquí me he referido a la parte financiera solamente.

Quizá, lo que no se menciona y pasa inadvertido para muchos, es lo que sucede con las personas y sus núcleos familiares cuando los negligentes adoptan la decisión “*de trasladar a los usuarios de la liquidada Coomeva EPS a otras EPS*”. Cuando digo trasladar es literal.

El artículo 153 de la Ley 100 de 1993 indica que tenemos la facultad de escoger en cualquier momento la Entidad Promotora de Salud (EPS).

Teniendo conocimiento de esto, quienes se encontraban afiliados con sus núcleos familiares a Coomeva EPS, me pregunto: ¿por qué todos los que se encontraban afiliados (1.200.000) no fueron consultados por el interventor, Felipe Negret Mosquera, quien sabía que liquidaría y desaparecería esta EPS? ¿Por qué no se reconoció el derecho a que cada quien tuviese la posibilidad de escoger libremente la EPS a la cual prefería ser afiliado? ¿Por qué se genera ‘el traslado’ como si los afiliados fuesen ganado? Así irrespetaron a todos y violaron los Derechos, vulnerando lo establecido por la Ley 100.

¿Cómo es posible que dividieran grupos familiares, enviando a sus integrantes a diferentes EPS? ¿Cómo es posible que hayan trasladado a

otras EPS que deberían estar cerradas o que manejan más pacientes subsidiados por lo que no tienen cobertura de atención en todas las zonas de la ciudad? OBLIGAN a los usuarios a permanecer TRES MESES en la EPS a la que 'los trasladaron' de manera nada digna.

Hoy, muchos de los afectados por la crisis e intervención de Coomeva EPS están sin medicamentos. No han transferido las historias clínicas, y muchas son las personas que están tratando de que sus hijos o pareja sean asignados en una sola EPS y no en varias. El desorden es inconcebible. No saben qué hacer, a dónde acudir en caso de enfermedad o requerir ayuda médica. Todo ello afecta la salud mental. Es inaceptable lo sucedido, no una vez, sino varias veces. Seguramente quienes cuentan con recursos económicos no sienten el impacto de la situación, pero quienes no cuentan con recursos extras saben que la salud está en franco riesgo.

Negocios, muchos negocios turbios y desviaciones de dineros es lo que uno supone cuando se generan las liquidaciones de las EPS. Todo a costa de la salud, e incluso de las vidas, de los usuarios.

* * *

Pienso que todo aquel que haya leído mis reflexiones podría estar de acuerdo con la idea de 'desaparecer' las EPS.

En ningún momento y por ninguna razón o justificación, el Estado debe eludir esta responsabilidad que tiene con los ciudadanos.

A RECUPERAR LA DIGNIDAD

Cuando se haga realidad y tengamos funcionando el nuevo modelo de salud, este permitirá el libre y correcto ejercicio de nuestra profesión Médica.

Con el nuevo modelo podremos decir que habrá llegado el momento que se nos devuelva la DIGNIDAD, el respeto y el derecho a la salud que nos fue vulnerado con la Ley 100.

Si estoy vivo y lúcido, entonces retornaré al consultorio para recibir con amor y respeto a mis pacientes y a sus infaltables acompañantes para entregarle todo lo que esté a mi alcance para conseguir su bienestar.

Cuando eso suceda, no habrá quien me pregunte: *Doctor, ¿usted por qué no trabaja?*

REFLEXIONANDO
DESDE MI CASA

Varios de los puntos de vista escritos por el doctor Elías Saad Cure, que reproducimos a continuación, fueron publicados en la web **CiudadPAZ** y en la revista del mismo nombre.

Consultar esas y otras opiniones en:
www.ciudadpaz.com

DE CIERTAS PATOLOGÍAS

79

DOCTOR, ¿USTED POR QUÉ NO TRABAJA?

¡Quizás el Covid-19 o SARS-COV2 no es tan malo como parece!
¡Hemos podido observar cómo la vida nos cambia en un solo instante!

Hoy, con nuestro obligado encierro en casa, hemos apreciado a través de imágenes y notas que nos llegan, el reverdecer de la naturaleza, la disminución de la contaminación ambiental, la solidaridad de algunos poderosos hacia los más desprotegidos, algo impensable días atrás!

Hoy, nos sentimos indefensos y vulnerables ante un enemigo que ni siquiera podemos ver.

Hoy, nos aterra el aislamiento social y quizás, aun cuando no nos habíamos dado cuenta de que ya vivíamos aislados, encerrados en las redes sociales, en nuestros celulares, en nuestro trabajo...

La comunicación fue disminuyendo hasta caer a su mínima expresión. Cada vez interactuamos menos, vivimos en un mundo de apariencias, embestidos por la vanidad y el ego, aislados en un mundo virtual, un mundo irreal, lleno de mentiras y de falsos valores morales. Olvidando diferenciar entre lo bueno y lo malo, lo correcto y lo incorrecto, lo justo y lo injusto.

Hoy, tenemos la obligación y la responsabilidad de no salir a la calle, lo cual podría significar la oportunidad para que volvamos a la esencia de nuestro hogar, a compartir los alimentos, conocernos mejor, aprender a ser tolerantes, comprensivos. Aprender a convivir, a dar gracias a Dios por lo que se tiene. Tenemos la oportunidad de ser respetuosos, responsables, solidarios, tolerantes con nuestros familiares, con el vecino, con nuestra ciudad, con nuestro país, con el resto del mundo.

Quizás, hoy es tiempo de cambiar, de comunicarnos en tiempo real, de dejar las diferencias atrás, de pensar en los desprotegidos, de entender lo frágil que somos, que nuestras vidas se pueden ir en cualquier instante, que no somos eternos, que al partir todo lo material aquí en la tierra se queda, no se va con nosotros, que todo lo que la naturaleza y la vida nos han dado es para disfrutarlo, para poder compartirlo.

Hoy, tenemos suficiente tiempo para hacer una sincera reflexión. Pido que también reflexionemos por cada uno de nuestros gobernantes, periodistas y todos aquellos personajes públicos que tengan influencia alguna sobre una o más personas (Influenciadores). Quienes transmiten la información deben borrar de sus vidas la vanidad, el ego -en algunos el 'súper-ego' y la idolatría.

Ojalá entre todos logremos recuperar los verdaderos valores y dejar atrás los distanciamientos dentro el núcleo familiar, entre la sociedad, entre los políticos que han logrado producir una desagradable polarización que ha causado tanto daño. Hay que volver a sentir el ‘Amor de verdad’. Que los abrazos, las sonrisas y las palabras sean sinceras y acordes con nuestros actos.

Algo curioso y que vale la pena tener presente, es que cualquiera que llegase a ser afectado por el virus, por mucho dinero que posea, no podrá comprar algo que quizás necesitará para sobrevivir. Algo que todos disfrutamos gratuitamente para poder vivir. Eso de lo que hablo: ¡el oxígeno!

Aquí les dejo esta reflexión:

¿El aprendizaje que logramos en tan pocos días y los cambios buenos que estamos observando por la presencia del Covid-19 o SARS-COV2 se hubiesen dado sin su aparición?

¡Este es un momento de reflexión que no puede pasar inadvertido!

Con responsabilidad y solidaridad saldremos adelante, venceremos a un enemigo que nos dejará dolor y también muchas enseñanzas para mejorar nuestras relaciones y nuestra calidad de vida.

Esta es una oportunidad fantástica para entender, comprender y cambiar el actual sistema de salud. Es el momento de desprivatizar la salud. Es el momento apropiado para que el Estado colombiano asuma el control de la salud de sus ciudadanos...

Es el momento de entender que la vida está por encima de cualquier otra cuestión...

Es el momento de poner en práctica lo que he-

mos venido pregonando sin tener eco alguno. Es decir, un nuevo modelo de salud. Un modelo humano que nos devuelva a los profesionales de la salud y a todos los ciudadanos la dignidad que nos robó la implementación de la Ley 100.

Espero que una vez superada esta contingencia se recupere el respeto y se de el reconocimiento al personal que labora en el área de la salud. Que quienes laboran en diferentes espacios de la salud no sean solamente premiados con aplausos desde los balcones, sino que les sean mejoradas sus condiciones laborales y se les brinde la vestimenta y los elementos que sean necesarios para que tengan una debida protección.

La pandemia debe dejarnos buenas enseñanzas, y que estas redunden en bien de todos y no de unos cuantos.

¿Imposible olvidar? Durante la guerra son felicitados y aplaudidos los soldados, pero terminada la guerra son olvidados. Igual pasa con las epidemias y pandemias. Los médicos y el personal asistencial involucrado con la salud son felicitados y aplaudidos. Pero cuando sea superada la emergencia creada por el Covid-19 seguramente serán olvidados sus esfuerzos y sacrificios.

Si nuestros gobernantes insisten en mantener el modelo actual y no se deciden por reestructurar debidamente la salud de toda la población, seguirán siendo obreros no calificados de las aseguradoras. Se acabarán los aplausos desde los balcones, las felicitaciones y el reconocimiento que se viene dando a través de las redes sociales y a diario en las alocuciones del presidente Iván Duque Márquez.

Desde la creación de la Ley 100, mediante la cual fue privatizada la salud, los Médicos fueron maltratados y obligados a trabajar bajo figuras de contrataciones perversas. No tienen derecho a vacaciones, ni a prestaciones legales. Laboran con sobrecarga en su horario de trabajo, no cuentan con seguro de vida.

No debe permitirse que sigan sacrificando a los profesionales de la salud por la incompetencia y la codicia corporativa del actual sistema de salud.

Todos los trabajadores asistenciales de hospitales, en esta pandemia, están extremadamente expuestos a contagiarse. Muchos carecen de los elementos necesarios para su protección. ¿Acaso el Estado mandaría a sus soldados a una guerra sin las armas necesarias para combatir al enemigo? ¡A ellos hay que darle todo lo necesario para su protección! Enfermos o muertos no sirven para combatir la pandemia.

El personal médico y asistencial deben ser valorados y aplaudidos, y deben recibir la mejora de las condiciones laborales. El mundo acaba de cambiar. Todo cambió. Pero, tranquilos, no es el fin del mundo... ¡Esto va a pasar!

SISTEMA DE SALUD PERVERSO

Desde antes de la pandemia, quienes conocemos profundamente el actual sistema de salud, sabíamos que este es un sistema acabado, ineficaz, ineficiente, perverso, corrupto y más.

Hoy, atravesando la pandemia, la crítica situación se confirma y, por fin, lo conoce un poco más el común de la gente. De ñapa salen a relucir otros graves problemas, uno de ellos es la deprimente, indigna e inconstitucional relación laboral de los médicos y demás profesionales involucrados en el área de la salud.

También queda claro, hasta ahora, la ausencia de liderazgo por parte del Estado, en cabeza del Ministro de Salud y su corte; por parte del presidente Iván Duque –de quien debo presumir que tuvo y tiene buena fe en su actuar, ya

que él no puede pensar como lo hacen los médicos preparados—.

Sus alocuciones y sus acciones deben estar dirigidas por los asesores que deberían entender lo que estamos atravesando. Su error, pienso yo, es que esos asesores que lo rodean no tienen liderazgo y mucho menos el nivel intelectual y de manejo para estar a la altura que se requiere para articular las necesidades a las que estamos obligados para tener bajo control esta pandemia.

Entiendo, y para todos debe quedar absolutamente claro, que, al principio de la pandemia, cuando nos tomó por sorpresa, todo era desconocido, nadie estaba preparado para asumirla y conducirla perfectamente, había confusión por lo que se facilitó el surgimiento de una serie de equivocaciones involuntarias.

Pero, a medida que pasó el tiempo con los eventos dados en otros países donde la pandemia fue antes que la nuestra y basados en las experiencias de las medidas adoptadas por estos para combatir al virus, el Gobierno debió aprender y rodearse de profesionales conocedores del problema de salud para buscar y poner en práctica las estrategias necesarias para la contención de la pandemia. El Ministro de Salud no debió rechazar las propuestas de apoyo de las diferentes entidades que agrupan especialidades médicas.

Urge líder único

El presidente Iván Duque debería asumir como líder único un evento de esta magnitud. No debería permitir que siga en manos de cada gobernador o alcalde. Se trata de una responsabilidad que le corresponde a él como máximo líder del país. Insis-

to en que sus asesores médicos no están al nivel que corresponde, no está rodeado de las personas correctas para asesorarlo. Su discurso diario por televisión ha estado plagado de errores, quizás por los datos suministrados por quienes manipulan la información o desconocen la realidad.

¡Así no, Ministro!

El Ministro de Salud, que es médico, tiene un grandísimo desconocimiento de la composición de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Parecería que nunca pasó por una de ellas o peor aún, no tiene vergüenza y nos miente. En uno de sus apartes de una presentación televisiva (anexo video donde lo podrán escuchar y corroborar lo que anoto) nos dijo a todos los colombianos que habían preparados (con cursos rápidos vía on-line) a 28.000 (veintiocho mil) profesionales y no profesionales, para ‘manejar’ las UCI. Esta alocución, quizás, alegró a millares de ciudadanos que desconocen los requerimientos en tiempo de estudio, sacrificios y dedicación para lograr la formación adecuada para poder llegar a una UCI y cuidar de los pacientes con absoluta responsabilidad.

Si es así de simple, de fácil y de rápido preparar profesionales para ‘manejar’ las UCI, podríamos darle en 120 horas educación a todos los colombianos, acabamos con el analfabetismo, todos tendrían garantizados su diploma de bachiller y los que son bachilleres podrían graduarse de la profesión que deseen, ingenieros, arquitectos, economistas, abogados, médicos u cualquier otra profesión.

¡Podría tratarse de un descubrimiento al que no se le ha dado el reconocimiento que se merece, y, quizás, el equivocado sea yo!

Ministro, investigue cómo funciona una UCI

Parece desconocer el Ministro la composición exigente que requiere una Unidad de Cuidados Intensivos. Se le olvidó o nunca aprendió que además de los médicos se necesita de enfermera jefe de cuidados intensivos, auxiliares de enfermería, fisioterapeuta física y respiratoria, dietista... No todos los médicos podemos realizar esa función. Puede ser que se me pasen otros profesionales involucrados dentro del esquema requerido en las UCI.

Tampoco podemos olvidar que cada intensivista puede ver un número limitado de pacientes. En esta pandemia, siendo benévolo en el análisis, asignaré diez (10) pacientes por cada intensivista y los turnos de estos serán de ocho (8) horas. Entonces, queda claro que para atender en una UCI a diez (10) pacientes durante las 24 horas, se requieren tres (3) Intensivistas porque cada uno trabaja ocho horas seguidas.

Léase bien, ¡tres intensivistas por cada diez pacientes por día! Ni en Barranquilla, ni en ninguna ciudad de Colombia, hay intensivistas preparados para cubrir tantos pacientes con ventiladores. Entonces, vale preguntarle al Ministro, ¿en manos de quién están colocando a los pacientes que requieren ventiladores? ¿Acaso en manos de los 28.000 que mandó a preparar el Ministro? ¡Será esa una posible causa del incremento de letalidad?

Muchos médicos generales con voluntad de servicio, pero inexpertos, deben estar atendiendo pacientes sin tener siquiera la supervisión de quienes sí están preparados para hacerlo. Esto es una irresponsabilidad del gobierno.

LOS RESPIRADORES NO SON LA SOLUCIÓN

89

DOCTOR, ¿USTED POR QUÉ NO TRABAJA?

Hoy dejo algunas ideas con el único objetivo de encontrar posibles soluciones para bajar el contagio, las complicaciones, la llegada a las UCI y la reactivación económica.

Sigo convencido de que la solución no son los respiradores. Sigo creyendo que los que ahí llegan, en un alto porcentaje, van a morir, en su inmensa mayoría porque son los que no fueron debidamente diagnosticados, los positivos no tratados y a quienes no se les hizo seguimiento médico. Son esos que se quedaron esperando el resultado que nunca llegó o los que el médico de la EPS nunca fue a visitar o a quien jamás le contestaron los teléfonos que brindan para estos casos pero que no atienden, o a los que vieron y

mandaron a sus casas con Acetaminofen, a los que le pidieron que solamente fueran al hospital o a la clínica si tenían ‘dificultad respiratoria’... ¿Ya para qué?

Por eso, un alto porcentaje de las muertes se han producido en las casas y durante la hospitalización tardía. No todas las muertes se han dado en las UCI.

El hecho de no tener, por parte de las EPS, una buena atención primaria, algo que no es nuevo –porque se da en el actual sistema de salud desde muchos años atrás– pero que se magnifica en esta pandemia es lo que quizás lleve a las tantas complicaciones y a la mortalidad que en un muy alto porcentaje podrían haberse evitado. Sorprende que conociendo el actuar de las EPS se les siga “pidiendo que actúen más a prisa con las pruebas y que cumplan los compromisos para lo que fueron creadas”.

¡Quien crea que las EPS van a ser eficientes y eficaces durante la pandemia deben tener un severo daño mental! No podemos dejar en manos de las EPS el manejo de la pandemia. El Presidente debe actuar, tiene que expedir medidas más severas, medidas contundentes, debe pensar más en cuidarnos a todos los colombianos.

Aquí, siendo solo un médico más, me atrevo a expresar lo que creo son propuestas válidas para lograr tener el control de la pandemia, van dirigidas al presidente Duque, al Ministro de Salud y a todo su gabinete, incluyendo al Superintendente de Salud que ha brillado por su ausencia durante esta pandemia.

a. Decretar una cuarentena estricta con una

fuerte política social para garantizarla. Sin esto último no sirve de nada hacer la cuarentena.

b. Conformar un comité nacional realmente conecedor de la situación para que, éste, durante la pandemia, tenga bajo su mando a todas las EPS y, por ende, pueda tener a su disposición *“todo el recurso humano e institucional vinculado a la salud”*. Solo así, en ese momento, con protocolos claros, lograremos unificar la atención de los pacientes ambulatorios y hospitalizados en todo el país.

c. Aceptar que las pruebas rápidas ‘ayudan’ notablemente, que son más baratas y más rápidas que las con hisopo, que estas pruebas se deben realizar masivamente para un diagnóstico más rápido, para un tratamiento, un manejo y seguimiento más eficiente.

d. Definir por parte del comité asesor del Gobierno el tratamiento a seguir, que se cuente con los medicamentos necesarios para entregar a todos aquellos que lo requieran, dejando claro que existirán muchas variables dependiendo del paciente. Se tendrán que dar cambios que cada uno de los médicos tratantes podrá hacer con una libertad de pensamiento y razonamiento.

e. Organizar estos aspectos para reabrir y atender en todas las IPS y en los centros de ayuda diagnóstica en todo el territorio colombiano.

f. Ordenar, como Presidente de nuestro país, al Ministro de salud y demás autoridades que se entienda que después de practicados millares de pruebas, se les debe hacer visita domiciliaria y seguimiento a todos los pacientes positivos, sin olvidarnos que también hay que identificar

para hacerle pruebas a todas las personas que hubiesen tenido contacto con quienes resultaron positivos.

h. Decretar como obligatorio que a todo aquel personal que tenga o deba estar en la calle, aun estando en toque de queda o en cuarentena – como son quienes atienden en farmacias, tiendas de ventas de alimentos y domiciliarios, entre otros–, les deben realizar pruebas con mayor frecuencia que a otros que no salen de sus casas y tienen menos riesgo de contagio. Así los protegemos a ellos y a quienes están en sus casas. En ese momento se podrá decir que tenemos el control de la pandemia y que se reactivará la economía de este país.

Con estas medidas se dejarán de llenar las UCI y evitaremos más muertes, bajarán las consultas médicas, así como los altos costos que genera la pandemia. No hay que esperar la vacuna ni el medicamento que destruya o minimice la actividad del virus, si se hubieran tomado estas medidas ya estaríamos en una mejor situación. La economía, que preocupa tanto y con lógicas razones, estaría mejorando a la par de la salud de los pacientes afectados.

El principal motor de la economía es el recurso humano, por eso un pueblo sano produce más. Señor Presidente, aún tenemos tiempo de reorganizarnos, ¡de usted depende!

¡CÓMO DUELE SER MÉDICO EN ESTE PAÍS!

93

DOCTOR, ¿USTED POR QUÉ NO TRABAJA?

En tiempo de pandemia y de reflexión, me viene a la cabeza preguntarme, ¿por qué los médicos no están cobijados bajo el Derecho Fundamental a la salud?

¿Por qué los pensionados del FER, de Ecopectrol o de Fecode mantienen regímenes especiales y los médicos –que tienen que dedicar más tiempo a su preparación, por quienes sus padres deben pagar más dinero por sus estudios (ya que es la profesión más costosa y peor pagada), que trabajan día y noche y que son a quienes acudimos cuando algo empieza afectar nuestra salud– no están protegidos como los mencionados?

Actualmente, nuestros Médicos –para poder ser vinculados como trabajadores– están obligar-

los a firmar contratos ‘por prestación de servicios’ o a través de terceros, como cooperativas. Dichos contratos no incluyen las prestaciones legales como cualquier otro trabajador colombiano, no tienen derecho a primas, ni a vacaciones, ni a incapacidades, mucho menos tienen estabilidad laboral, no tienen seguro de vida y, para completar, tienen que pagar aporte a la salud.

Me atrevo a exponer lo que no hace el Estado, ni siquiera en estos momentos cuando se hacen más importantes los profesionales de la salud. Propongo que los médicos y sus familias tengan garantizado el derecho a la salud y, además, que sean protegido con un seguro de vida para que, ante un evento infortunado que llegara a presentársele, no deje en la pobreza a su familia. Así como los docentes deberían tener el derecho de la educación gratis de sus hijos en el establecimiento educativo que escojan, los médicos también deberían gozar del derecho a la salud gratis y a la libre escogencia de profesionales y entidades de la salud.

Exijo que se respete la profesión médica y la dignidad de cada uno de los médicos por parte del Gobierno Nacional. ¡Eso se llama justicia! Añoramos el retorno de la humanización de la salud y del libre pensamiento del médico, algo que es indivisible o que es inherente en su profesión. No más Ley 100, por favor. ¡Trabajemos unidos por conseguir un nuevo modelo de salud!

Cómo duele ver al personal de la salud amarrados, haciendo huelga de hambre, exponiendo su salud y sus vidas porque le adeudan once meses de sus paupérrimos salarios. ¡Realmente duele! Esto es una muestra más de la insensibilidad y crueldad del Gobierno en medio de esta pandemia.

CÁNCER DE MAMA ENFERMEDAD MÁS ALLÁ DEL COVID-19

95

DOCTOR, ¿USTED POR QUÉ NO TRABAJA?

Como Médico, me duele que la cantidad de llamativos sucesos actuales, diferentes a los relacionados con la salud de los colombianos, nos hagan olvidar o dejar a un lado el control real de la pandemia acompañado del vergonzoso y penoso manejo que le ha dado el Gobierno Nacional.

Mientras tanto, siguen los contagios, el poco o nulo control y manejo, las muertes evitables y las cantidades de secuelas que deja el Covid-19. La política actual es muy clara: ‘¡No pruebas!’, lo cual nos lleva al escenario de: ¡a cero pruebas, tendremos cero contagio! ¡Ah! ¿Creyeron que todos seríamos engañados, como lo han intentado hacer desde el inicio de este suceso con falsas estadísticas y muchas mentiras?

Columna de opinión, Ciudad Paz, 13 de octubre de 2020.
Fuente: www.ciudadpaz.com/el%C3%ADAs-saad-cure-md

El Gobierno –en cabeza del Presidente, del Ministro de Salud, de su Vice, del Supersalud y de todos aquellos que conforman el sistema de salud, como son las EPS e IPS– se olvidaron completamente de los pacientes no relacionados con el Covid-19. Hablo de los pacientes con enfermedades crónicas, de todos aquellos a quienes no se les practica medicina preventiva desde hace mucho tiempo, incluso, desde antes de declararse la pandemia. Hoy dedico mi escrito a las mujeres. A ellas, pero sin olvidarme del todo, de los demás. Quizás muchas no han tenido la posibilidad de encontrarse con un médico o algún personal debidamente capacitado que les enseñe sobre el autocuidado de sus mamas.

Hoy día, se acepta esto como una forma para que la mujer conozca su cuerpo y esté atenta a los cambios que puedan presentársele en sus mamas para lograr detectar patologías a tiempo. Lógicamente, es necesario el examen clínico que realiza el especialista y practicarse la mamografía. Para lograr que esto se haga, se necesita que las EPS estén funcionando al ciento por ciento y cumpliendo con sus obligaciones. Algo que todos sabemos que no se dio antes, ni durante, ni se dará después de la pandemia.

Las EPS no hacen la debida Promoción y Prevención (PyP) a pesar de que se les paga un valor adicional a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Esta patología no se está detectando a tiempo, para así lograr obtener un mejor pronóstico en quien lo padezca. El cáncer de mama diagnosticado a tiempo y bien tratado, en un alto porcentaje se logra tratar y también curar.

¡Hoy me referiré al cáncer de mama!

Un problema grande que se está evidenciado en esta época de pandemia y post-pandemia es la disminución del diagnóstico en los casos de cáncer de mama. Se han disminuido las cirugías y las biopsias por temor al contagio. Algo absurdo en la medicina moderna porque cuando se toman las medidas de seguridad necesarias en las instituciones prestadoras de salud, sí se pueden hacer con absoluta confianza los diagnósticos y los tratamientos en forma oportuna. Mientras se adopten las medidas de seguridad sanitarias, pueden y deben realizarse el tratamiento con medicamentos, la quimio o aquellos que requieran procedimiento quirúrgico.

Es increíble que se le tema mas a la posible muerte causada por el Covid-19, cuando es el cáncer de mama el que realmente las está matando por no ser diagnosticado a tiempo.

Es claro e irrefutable, que entre los culpables de todo los errores que se vienen cometiendo en la atención y en el manejo de la salud, están el Ministerio de salud, la Supersalud –por su falta de presencia– y las EPS, por su inescrupuloso actuar y falta de responsabilidad en la debida atención.

Las mujeres, en su inmensa mayoría, no saben que lo padecen por falta de atención y diagnóstico. ¿Qué podríamos decir de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que requieren tratamiento pero que, como excusa no válida, la gran mayoría de las EPS y sus IPS se escudan en el Covid-19 para no atenderlas de manera presencial?

Una consulta virtual no sería tan útil en estos casos. Los médicos que se encargan de hacer biopsias dirigidas y practicar los demás estudios

relacionados con la detección de dicho cáncer, se muestran sorprendidos porque están encontrando a muchas mujeres, en su mayoría jóvenes, con cáncer de mamá en estadios avanzados.

Las EPS, con el beneplácito del Gobierno nacional, se olvidaron o dejaron –a propósito– a un lado las otras tantas enfermedades para evitar gastos, para obtener más utilidades sin importar la salud y la vida de sus usuarios o clientes, como lo llaman. Si, se olvidaron de los pacientes con enfermedades crónicas, y mientras tanto estas enfermedades están avanzando, haciendo más daño, causando un deterioro irreversible que puede llevar a muchos de ellos a la muerte. Pidámosle a la curiosa Supersalud –que ha brillado por su ausencia cuando más se necesitaba y al señor Ministro de Salud que se pongan a trabajar, y a éste– que no pierda el tiempo saliendo tanto en televisión mintiendo en vez de ser efectivo en la práctica.

La vida sigue y hay que cuidar a todos, los sanos y los que padecen alguna enfermedad. Cabe preguntar, ¿quién responde por semejante irresponsabilidad? ¿Quién responde por esas mujeres que fueron olvidadas por el Estado y por las inescrupulosas EPS que conforman el sistema de salud colombiano?

Generalmente, el cáncer de mama es detectado cuando surgen síntomas. Muchas mujeres no llegan a manifestar ningún síntoma y esta es la principal razón que nos motiva a realizar pruebas periódicas para lograr una detección temprana.

Exijamos que el Ministro, su Vice y el Superintendente de Salud se manifiesten públicamente al respecto. Que sean responsables, que cumplan con sus funciones.

UN PAÍS POBLADO DE POBRES ¿ASÍ TERMINARÁN CON EL HAMBRE?

99

DOCTOR, ¿USTED POR QUÉ NO TRABAJA?

¿Serán vainas más o es verdad que cada día que pasa nos parecemos más a la situación que vive Venezuela?

¿Serán vainas más o es verdad que este Gobierno le sirve sólo a los poderosos empresarios y políticos, descuidando los requerimientos básicos del 99 por ciento de los colombianos y acabando a pasos agigantados a nuestro país?

Quiero pedirles el favor de leer el contenido de la siguiente nota, que me tiene desconcertado, pues ¡cada vez comprendo menos a aquellos que respaldan a este Gobierno y a sus políticas! Lea dos veces para que no piense que se equivoca:

“¿Cuándo se considera que una persona no está en la línea de pobreza en el país? Aunque suene increíble, para el Dane una persona en Colombia no pertenece a este grupo si sus ingresos son superiores a los \$283.828 en zonas metropolitanas, y de \$257.433 en zonas rurales. Sí, así como lo lee”.¹

¿Leyó bien?

Sí. Dice que quienes ganan al mes un peso o más de doscientos ochenta y tres mil ochocientos veintiocho pesos m/1 o COP (\$283.828,00) *¡no son pobres!* Por lo tanto, no son incluidos en estas cifras. Esta consideración para clasificar a los pobres del DANE es una pena, una vergüenza. Después de conocer las cifras que se toman para considerar a una persona pobre, lea bien el informe oficial del Dane sobre los resultados de 2019.

Comparto un aparte de una nota,² que transcribo textualmente. Pueden leerse datos emitidos por del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (Dane). ¡Ojo! Está al servicio del Estado, no es opositora.

“Como se ha informado, las personas en situación de pobreza en Colombia aumentaron en 661.890 el año pasado (2019), mientras que aquellas que están por debajo de la línea de pobreza extrema sumaron otras 728.955, según lo

1. *Portafolio*, tres de mayo de 2019.

2. ‘17,5 millones de personas en Colombia, en condición de pobreza’. *El Tiempo*. Bogotá DC, 14 de octubre de 2020. <https://www.eltiempo.com/economia/sectores/pobreza-colombia-cuantos-hogares-han-caido-en-pobreza-extrema-en-el-ultimo-ano-543126>

dio a conocer este martes Juan Daniel Oviedo, director del Dane.

Esto significa que la pobreza en el país aumentó un punto porcentual en el último año, al pasar de 34,7 por ciento en 2018 a 35,7 por ciento en 2019, lo que indica que cerca de 17,5 millones de personas en el país estaban en esa condición el año pasado.

Por su parte, los individuos en condición de pobreza extrema en el país aumentaron el año pasado en cerca de 729.000, lo que hizo que unos 4.7 millones de personas se encontraran en esa situación, elevando el indicador hasta el 9,6 por ciento, desde el 8,2 por ciento observado en el 2018, indicó el Dane”.

Les recuerdo que durante 2019 ¡No hubo pandemia!

Léase bien:

Pobres: ¡17.5 millones de personas!

Pobreza absoluta: 4.7 millones.

Suma total de pobres en Colombia: ¡Veintidós millones doscientas mil personas! (22.200.000).

Ahora revisemos el siguiente artículo,³ también con datos del Dane:

“Solo 3.4 millones de personas ganan más de dos salarios mínimos en el país. De acuerdo con el Dane, 47 por ciento de los trabajadores devengó hasta un salario mínimo en el primer semestre del año, lo que equivale a 10.5 millones de personas”.

3. Becerra Elejaldec Laura Lucía. *La República*, Bogotá DC, 23 de diciembre de 2019.

Si sumamos las 10.500.000 de personas que devengaron hasta un salario mínimo a los 22.200.000 que teníamos entre pobres y pobreza absoluta, nos da una suma de 32.700.000 habitantes colombianos pobres. ¡Y no estamos incluyendo niños pertenecientes a este gigante número de pobres! ¿Así terminarán con el hambre y los problemas que padecen millares de colombianos?

Un gobierno que se niega a sentarse en una mesa para conversar con los indígenas -quienes viven 'rejodidos'-, es un Gobierno altivo, altanero, apático, indiferente, displicente con su pueblo. Por esto y por más, no merece el respaldo de la gente decente.

¡Complicada Situación!

LA MARCADA BRECHA SOCIAL COLOMBIANA

103

DOCTOR, ¿USTED POR QUÉ NO TRABAJA?

El hecho de vivir en un buen apartamento, en estrato seis, de tener muchas comodidades, no me excluye ni me impide hablar de la marcada brecha social que existe en Colombia. Es obligación de quienes somos libres pensadores, de expresarnos en contra de lo que estamos viviendo. Hablar de las necesidades de la gran mayoría no me obliga a dejar de usar mis zapatos marca Salvatore Ferragamo o cualquier otra prenda de vestir o dejar de conducir mi carro de alta gama. Es bastante estúpido pensar que tengo que desmejorar mi calidad de vida para poder luchar por los que más necesitan del Estado colombiano.

Cuando hablo de desigualdad social no es por resentimiento, vivo cómodamente. Si hablo de acabar con la corrupción, no es por envidia,

estoy acusando a los bandidos que se roban dinero ajeno y que además tenían un destino específico a donde nunca llegaron: quizás para la salud, quizás para la educación, quizás para los alimentos de los niños que han muerto por desnutrición. Cuando hablo de exigir recursos para la salud o la educación no estoy diciendo que todo debe ser regalado, digo que los colombianos merecemos que se nos respete nuestra dignidad.

Cuando hablo de disminuir y de ser posible, terminar con la pobreza, no es porque sea pobre, es porque me alimento bien y me duele que hayan muchos colombianos sin poder hacerlo. No deberíamos aceptar que una persona deje de comer por falta de alimentos en su hogar.

Y, para terminar, manifiesto que soy un fervoroso amante de la paz. Cuando digo que deseo una paz definitiva en el territorio colombiano, no me convierte ni en pro-guerrilla, ni en mamerto, ni en izquierdista, ni en terroristas. Palabras usadas por los de extrema derecha, más específicamente, por los integrantes del Centro Democrático, para mantener asustado a un pueblo desprevenido y falto de educación. Esa a las que este tipo de Gobierno les niega para manipularlos fácilmente.

Hoy, en Colombia, no hay un solo líder político íntegro en un 100%, pero también tengo claro que quienes nos han gobernado, además de deshonestos, mentirosos y corruptos, han demostrado hasta la saciedad que son incapaces de ser buenos gobernantes. Por eso invito a la transformación del Estado. Hagámoslo sin miedo. Es necesario creer que podemos, entre todos, lograr cambios estructurales. ¡Estamos obligados a mejorar el terrible presente!

PANDEMIA Y REALIDAD COLOMBIANA

105

DOCTOR, ¿USTED POR QUÉ NO TRABAJA?

Es increíble que uno pueda afirmar que la aparición del Covid-19, con todo el daño que ha causado, haya sido ‘bendito’ para el partido de Gobierno y sus beneficiarios (Sarmiento Angulo, Bancolombia, GEA, la empresa extranjera Avianca y un selecto grupo de partidarios del Centro Democrático, de los partidos que se le unieron gracias a los favores dados por el Gobierno para obtener la mayoría en el Congreso para poder lograr hacer lo que les favorezca). Esta afirmación podría hacer creer a muchos que es un chiste o algo sesgado para desprestigiar, aún más, al CD y a su Presidente, pero no es así. ¡Es la pura verdad!

Han hecho lo que les ha dado la gana, por-

que en Colombia nadie puede hacer nada contra ellos. Hacen lo que hacen, simplemente, porque aquí no pasa nada. Son poderosos, manejan todo, lo gubernamental, el Congreso, los entes de control (Procuraduría, Contraloría, Fiscalía y demás 'ías', como la porquería y no de 'Porky'). Solo les falta controlar la Corte Suprema de justicia, a la que no dudo harán desaparecer. Algo inventarán para hacerlo.

Es tan cruel el aprovechamiento que han tenido que no sería descabellado pensar que ante el malestar general que existe en contra de ellos, sumado al temor de perder el poder, para mantenerse en este podrían provocar una guerra civil. Nada es impensable de esta secta política.

Mientras tanto, el pueblo sigue jodido. Con hambre, sin oportunidades, con un servicio de salud indigno, perverso y asesino. Aumenta la violencia y los casos por el Covid-19 –quizás son superiores a los de marzo de este año, pero el Gobierno lo oculta–. Los enfermos se defienden como pueden, los dejaron a su libre albedrío, al 'sálvese el que pueda', al juego de 'la ruleta Rusa'.

No hay un solo hecho real que demuestre algo de misericordia por los desprotegidos, que son la inmensa mayoría. El presidente, el ministro de salud, (las minúsculas son a propósito), y el resto del gabinete junto a los 'asesores' solo han 'hablado'. Palabras que se han quedado en promesas, igual que las pronunciadas en campaña electoral. En la práctica perdieron el año con creces y en lo relacionado con la pandemia han sido grotescamente ineficientes.

El mandatario colombiano –de extrema derecha–, completa 200 días apareciendo en su

programa de televisión. Habló mucho pero no mostró acciones concretas. Sus palabras no han estado acorde con sus actuaciones.

Un programa en el que habla y habla sin nadie que le pueda cuestionar lo que expresa, sin nadie que le haga preguntas. Un aburrido monólogo que sostiene a diario, al igual que lo hacía el extinto Hugo Chávez, el personaje tan criticado por el partido político del presidente colombiano. Un programa que debe ser muy costoso, que tiene una pobre audiencia y que deja claro que Duque sería un excelente presentador de farándula pero que confirma que es un pésimo presidente. Quizás y sin temor a equívoco, es el peor presidente de la historia colombiana. Será muy difícil que los futuros presidentes logren ser peores que él, aunque Colombia nunca deja de sorprendernos.

Y, ¿TÚ PUEDES?

109

DOCTOR, ¿USTED POR QUÉ NO TRABAJA?

El 11 de enero de este año, un paciente me preguntó: usted, ¿por qué me ayuda? Yo, simplemente, le respondí: ¡porque puedo!

Pregunta y respuesta me obligaron hacer un recorrido de mi vida y de los problemas que vivimos los colombianos. Me llevó a recapacitar ante muchas situaciones que ocurren, específicamente las relacionadas con el área de la salud, tema que conozco profundamente. Por ello puedo y me atrevo a opinar con propiedad. Desde hace más de una década he insistido en que Colombia necesita un nuevo modelo de salud, ya que el actual no resiste más decretos, más, leyes, más reformas, ni variantes, ni cambios, ni nada de lo que se quiera hacer porque se ha demostrado que es un sistema perverso, inefi-

ciente, inservible y criminal. Es un sistema que ha violado la dignidad de la inmensa mayoría de los colombianos. Un sistema que ha causado millares de muertes evitables.

Soy un médico preparado en una universidad pública, la Universidad Industrial de Santander (UIS), con postgrado en la Universidad del Rosario, de Bogotá DC. Todos mis estudios fueron realizados antes de la Ley 100. Viví, por decirlo de alguna manera, en hospitales públicos. En estos me hice médico, allí aprendí que lo más valioso para nosotros son los 'pacientes', son nuestra esencia, pues sin ellos no existiríamos.

Hoy, el sistema de salud tiene otra mirada, otro concepto distorsionado, otras prioridades. Ya no importan los médicos y mucho menos los pacientes. Así es, aunque suene cruel, es la realidad que vivimos. Se trata, simplemente, de un negocio cruel, mucho peor que el cultivo y el consumo de la coca porque en este la persona decide por sí misma si la consume o no, su consumo es una decisión de la persona y no del Estado, quien la consume es consciente de su autodestrucción. Vivimos en constante riesgo a las sombras de la enfermedad y de la muerte.

La profesión médica es diferente a todas las otras profesiones u oficios. Esto no es discutible, no se presta para algún debate. Un paro nacional durante cuatro o más días -realizado por jueces, transportadores, profesores, maestros, senadores, ingenieros, banqueros o universitarios- jamás podría compararse con un paro de los médicos. El país no lo soportaría. ¡Sería un caos!

Tal como título mi columna, con una pregunta elemental, simple, Y, ¿tú puedes? Desde aquí, le

dirijo respetuosamente esa pregunta a nuestro Presidente, al Ministro de Salud, a los partidos políticos, a las autoridades, en general, a los empresarios importantes –financieramente hablando– y a todos quienes tienen alguna injerencia en la toma de decisiones destinadas a proteger y cuidar a quienes necesitamos de la protección y del cuidado del Estado colombiano.

No escribo pidiendo nada regalado, nada gratis, que no se me mal interprete. Me refiero a los derechos fundamentales que nos garantizan a los colombianos.

Mi pensamiento respecto de la respuesta a esa simple pregunta, es simple, si no puedes hacerlo, abandona tu cargo, eres inútil, de nada le sirves a nuestro país. Y por el contrario, si puedes hacerlo, ¿por qué no lo has hecho?, ¿qué esperas para hacerlo? Las personas necesitadas en nuestro país son la inmensa mayoría, ellas requieren de nuestra ayuda.

Si tú puedes, dásela... ¡Hazlo!

SEGUIMOS EQUIVOCÁNDONOS

113

Desde esta nota pido que nos unamos en búsqueda de soluciones que nos de como resultado el bien común, ¡el bien de todos!

El Gobierno Nacional coloca en manos de las aseguradoras ¡la vacunación de los colombianos!

En Colombia no hay una sola EPS, ni una sola IPS, que estén preparadas para cumplir con la compleja misión de conservar las inyecciones o vacunas contra el Covid-19. Hasta el día de hoy, las EPS o aseguradoras de salud (AS) no solo han sido un estorbo, sino que representan un estorbo

Columna de opinión, Revista Ciudad Paz, 27 de enero de 2021. *Fuente:* www.ciudadpaz.com/el%C3%ADas-saad-cu-re-md

muy costoso, en dinero y pérdidas de vidas.

Es indiscutible la falta de control que se ha dado sobre el Covid-19:

- Pruebas escasas, en cantidad irrisoria.
- Mucha publicidad sobre la atención que prestan en esta pandemia y la notoria poca eficacia y resolución que demuestran en la práctica. Se publican múltiples números telefónicos que nunca contestan.
- La atención en casa ha debido reglamentarse desde un principio de esta pandemia por su enorme importancia. Esta evitaría muchas hospitalizaciones y complicaciones en los afectados.
- Existe retraso en la entrega de resultados de las muy escasas pruebas que realizan. La inmensa mayoría de las pruebas se han realizado particularmente, pagadas por las personas interesadas.
- Del seguimiento y del cerco que obligatoriamente debe hacerse cuando una persona sale positiva, nada bueno que decir. No se hace.
- Ausencia de un correcto protocolo de atención para un mejor manejo médico en lo que respecta al tratamiento y seguimiento de los enfermos, algo en lo que el Gobierno ha sido cómplice. Aún a la fecha no se conoce protocolo alguno para el tratamiento específico en pacientes ambulatorios.

- Así, podría enumerar otras fallas.

Las directrices se han debido y se deben tomar, desde la Presidencia de la República, desde el Ministerio de Salud. De éste han debido salir todas las órdenes y protocolos necesarios para tratar a las personas contagiadas desde el inicio

de la enfermedad con el fin de evitar la llegada de un muy alto porcentaje de pacientes a hospitales, a las UCI(s) y a la muerte.

Está demostrado que si se trata adecuadamente desde un principio esta virosis, los casos de hospitalización, UCI y muertes, disminuirían considerablemente. Si tienen alguna duda, sugiero –respetuosamente– que esto se revise de manera inmediata por parte de nuestras autoridades sanitarias.

Este es el momento para cambiar el manejo que, en Colombia, venimos dando. Este problema del virus va para largo. No sabemos cuánto tiempo falta para lograr contenerlo. Mientras eso sucede es mandatorio, por la experiencia hasta ahora vivida, cambiar las medidas de prevención y del manejo de los contagiados, especialmente desde la fase inicial como ya lo hemos comentado.

No estoy criticando. Presento, simplemente, mi percepción. Estoy aportando una idea que puede o no acoger el Gobierno nacional, asesorándose de aquellos que son expertos en salud pública y que no tengan intereses personales, políticos o económicos.

Hasta el día de hoy, los asesores en salud del Gobierno Nacional han demostrado ser ineficientes. Algunos lagartos y otros arrogantes. Se necesitan asesores de salud con suficiente conocimiento y con mucha sensibilidad.

En Colombia y en el extranjero tenemos a muchos médicos colombianos preparados y capaces, quienes pueden ayudar al país si el Presidente y el Ministro de Salud se deciden a buscarlos y pedirles su valiosa intervención. Aunque algu-

nos de estos no compartan la ideología política del Gobierno, aquí solamente importa la salud. Esto es un problema de todo el mundo. Ningún ser humano que viva en el continente, o en el país que sea, está exento de padecer esta enfermedad. Esta pandemia no tiene dueño político, religioso, de raza, color o de sexo, es de todos y entre todos debemos resolverla.

Desde esta nota pido –a los partidos políticos, movimientos religiosos, gremios empresarios, industriales y a aquellos que tengan alguna influencia en el país– que nos unamos en búsqueda de soluciones que nos de como resultado el bien común, ¡el bien de todos!

Las vacunas deben ser responsabilidad exclusiva del Estado, así como el cuidado y la manipulación de estas. Algo más lógico sería que las aseguradoras se acojan al esquema que trace el Gobierno Nacional para que realmente se cumplan los objetivos sobre el plan de vacunación.

El Viceministro de Salud reveló que Bogotá, Medellín, Cartagena, Pereira, Bucaramanga, Cali y Barranquilla tendrán ultracongeladores para el almacenamiento de las vacunas de Pfizer. (Bogotá DC, 22 de diciembre de 2020). Cabe preguntarse, ¿cómo y quiénes harán debidamente el transporte de las vacunas para hacerlas llegar sin que se dañen a cada uno de los puntos del territorio nacional donde funcionarán los centros de vacunación?

Es claro que los equipos de ultracongelación necesarios para que la vacuna sobreviva estarán solamente en las siete ciudades ya mencionadas y también es claro que al salir de estas ciudades para las diferentes IPS que serán los puntos de vacunación en todo el país, será para aplicar-

las en un término no superior a los cinco días posteriores a la descongelación de las vacunas. Para entender esto hay que conocer que las inyecciones deben descongelarse desde -70 grados centígrados e inyectarse dentro de los cinco días siguientes, o de lo contrario se estropearán.

- ¿Las EPS y las IPS están preparadas para hacer esto de la mejor manera y sin errores?

- ¿Tienen suficiente personal preparado para la aplicación de la vacuna?

- ¿Tienen personal preparado para supervisar a los pacientes vacunados durante los 30 minutos posteriores a su aplicación?, tal como se exige.

- ¿Tienen los médicos necesarios y capacitados para atender cualquier caso que presente una reacción alérgica severa que requiera no solo de antihistamínicos sino del uso de corticosteroides y posiblemente de epinifrina en caso de presentarse una emergencia causada por una reacción alérgica severa?

- ¿Están preparados con una ambulancia cercana por si hay que trasladar un paciente que llegase a presentar un shock anafiláctico? (Raro, pero, puede suceder).

Lo mencionado nos obliga registrar otras preguntas:

- ¿Será que todos seremos vacunados entre los cinco días en que la vacuna es útil para estar realmente vacunados?

- ¿Existen, por parte del Estado y de las EPS y de las IPS, los mecanismos de control para evitar que se apliquen las vacunas del día seis en adelante y evitar los que podríamos llamar falsos vacunados?

Aclaro, serían aquellos pacientes a quienes se les aplique la vacuna posteriormente al día quinto de su descongelación cuando las vacunas hayan perdido su efecto, pues ya dañadas no son útiles. Estas personas creerán estar debidamente vacunadas y ¡no lo estarán realmente!

En el supuesto caso que cumplan con los requisitos mencionados y estén debidamente preparados en las IPS escogidas, nos surge otro interrogante, ¿si las inyecciones o vacunas tienen un vida útil de cinco días después de descongelarse, nos merecemos una explicación clara de cómo y cada cuantos días se harán los traslados desde el punto donde los mantendrán congelados hasta las diferentes IPS de todo el país?

¿No sería mejor tener puntos especiales y específicos de vacunación en el territorio colombiano?

Muchas dudas, mucha incertidumbre, sobre las vacunas para los colombianos. Necesitamos claridad de parte de las autoridades de salud.

UNIVERSALIDAD Y VACUNAS

119

*¿Por qué se van a quedar casi
18 millones de colombianos
sin vacunar?*

La Ley 100 de 1993 planteó un sistema de cobertura universal -sin barreras económicas, geográficas o culturales- que garantizara el derecho a la salud, con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

En múltiples ocasiones, hablando con amigos de estrato seis (algunos de ellos fueron o son presidentes o vicepresidentes de empresas), con senadores y algunos políticos, les he escucha-

Columna de opinión, Revista Ciudad Paz, dos de enero de 2021. *Fuente:* www.ciudadpaz.com/el%C3%ADAs-saad-cu-re-md

do decir que ven funcionando excelentemente el sistema de salud. Afirman que antes de la Ley 100 sus empleadas, cuando requerían atención médica u hospitalización, los gastos debían ser cubiertos por ellos, y que ahora, las empleadas están felices y protegidas por un estupendo sistema que, además de incluir y proteger a todos los colombianos, *“les da todo lo que necesitan para el cuidado de su salud y los tratamientos durante las enfermedades que presenten”*.

Basados extrañamente en esos argumentos – repetitivos por la clase social alta, a la cual pertenezco– me preguntan las razones del por qué critico tan fuertemente al actual sistema de salud hasta llegar al atrevimiento de proponer un nuevo modelo de salud digno para todos los colombianos.

En lo que he narrado hay múltiples situaciones de las que quizás escriba en otra oportunidad, hoy solo me referiré a la cobertura del sistema de salud, a lo que ‘pregona la Ley 100’. Ahí está escrito que se buscaría la *universalidad* en la atención para los colombianos, lo que significa que *todos* los ciudadanos estaríamos *Incluidos* en las EPS, sean contribuyentes o subsidiados, y que ninguna persona quedaría sin recibir atención y prestación de los servicios de salud necesarios para preservar la vida.

Antes de esta ley, la Constitución colombiana hablaba de la salud. El Artículo 49: *“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”*.

Todos los gobiernos, desde la expedición de la Ley 100, tal como lo hacen el actual Presidente y su partido político (Centro Democrático -CD-), han expresado que el sistema de salud es ‘una maravilla’, que todos estamos protegidos por estar incluidos en las diferentes EPS que existen en el país, que antes de esa ‘maravillosa’ LEY 100, la mayoría de los colombianos no tenían un servicio médico o de salud. ¡Aseveración que es realmente falsa!

Después de pensar en esto, unas preguntas dan muchas vueltas y a las que no les encuentro respuesta alguna. Aquí pido ayuda: si alguien logra las respuestas, agradecería que me las digan.

* Si la tal *universalidad* de la Ley 100 es cierta, ¿por qué se van a quedar casi 18 millones de colombianos sin ser incluidos en el plan de vacunación que presentó el Gobierno Nacional?

Lo recomendable y lógico para disminuir la pandemia, para bajar los riesgos, para evitar más muertes, es vacunar por encima del 80 por ciento y ojalá al 100 por ciento de la población. Aclarando que las mujeres embarazadas y niños menores de 14 años de edad tienen que esperar hasta lograr estudios que avalen su aplicación, algo que no debe durar mucho para ser aprobado.

De las millones de vacunas aplicadas en el mundo, con toda seguridad se han debido aplicar vacunas a mujeres embarazadas, quizás, sin que estas supieran de su estado.

* ¿Quiénes son los que no serán vacunados dentro de la estrategia del Gobierno? Entre esos, acaso también están incluidos los hijos, hermanos, nietos y familiares de ex-presidentes, senadores, ministros, representantes políticos, ban-

queros? ¿Esto fue hecho al azar o acaso pensado científicamente (algo impensable con el Ministro de Salud que tenemos)? Hay mujeres y hombres de 59 años de edad que dicen no aparecer en el plan del Gobierno, ¿cómo se llegó a esto? Merecemos una mejor y clara explicación del por qué quedan entre 18 y 20 millones de habitantes fuera del plan de vacunación, si ¡todos tenemos ese derecho!

Pienso, que posterior a esto, si no lo hacen antes, algo que no me extrañaría de este Gobierno, es que particulares o el mismo Estado a través de las EPS empiecen a cobrar las vacunas a estas personas no incluidas, algo insólito e inaceptable ya que todos merecemos el mismo trato en esta grave situación.

¿Será otro negocio sucio, otro escándalo más, la vacunación pagada? Si quieren vacunar solamente al 70 por ciento de la población, que equivale a unos 35 millones de habitantes, quedaría por fuera el otro 30 por ciento que son aproximadamente unos 15 millones. Cada uno requeriría de dos dosis para ser vacunados. Si se cobrara \$80.000 por cada dosis, al multiplicar esta suma por 30 millones de dosis que requieren los 15 millones de personas que quedan por fuera, nos daría una suma nada despreciable de \$2.400.000.000.000,00 (13 cifras). Esto, en Colombia, crea muchas suspicacias.

¿Qué pensarías y qué harías si tú o un miembro de tu familia estuvieran entre las personas excluidas? ¿Por qué no todos?, acaso ¿no es lo ideal? *“El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tiene como objetivo regular el servicio público esencial de*

salud y crear condiciones de acceso para TODA la población residente del país, en todos los niveles de atención”.

Mi recomendación:

De nada sirve que nos vacunemos unos pocos, y mucho peor que sean poco a poco los vacunados. Para resolver el problema necesitamos que un 80 por ciento o más de la población mundial sea vacunada. Colombia debe ser solidaria y aportar en este duro trabajo vacunando a toda la población y publicar inmediatamente que vacunarán a los 50 millones de colombianos y a los foráneos indocumentados que se encuentran en nuestro territorio. Si no nos vacunamos todos o un alto porcentaje, que supere el 75 por ciento, seguiremos corriendo riesgos de contagios y nos quedaremos a mitad de camino del intento por acabar la pandemia.

Que no se crea que porque algunos pocos se vacunen se resolverá el problema de salud o que los vacunados quedarán exentos de contraer el Covid-19. Esto es falso. Se trata de un tema que el Ministro de Salud debe comentarle al presidente Duque –que parece desconocer ese riesgo–, posteriormente, ¡hacérselo conocer a toda la ciudadanía!

Nota: Hoy, por fin comprendo el por qué quienes tienen medicina prepagada dicen que el sistema de salud es excelente. Ellos nunca han necesitado acudir a una EPS. La prueba de esto es una pregunta que en esta semana me han hecho varias de esas personas:

“Doctor, para vacunarme, ¿debo estar afiliado a una EPS? ¡Es que no sé en qué EPS estoy!”

¿Qué puedo decir ante esto? Nunca han tenido la necesidad de ir a la IPS que le asignan ni vivir esa terrible pesadilla para recibir una atención de cualquiera de los servicios médicos que se ofrecen, pero que les cuesta trabajo hacerlos. De la rogadera y de la ‘carita sonriente’ que tenemos que poner a la recepcionista, aunque sientas que te estés muriendo, para ver si te da una atención oportuna.

Claro, es que no conocen nada de los servicios que prestan las EPS ya que tienen la póliza de alguna de las empresas que ofrecen medicina prepagada. Hay que recordarles, que no todos podemos pagar esas pólizas. ¿Será que para entender la problemática de la salud en Colombia, se tiene que vivir ‘en carne propia’ el dolor, la vergüenza, la angustia y todo lo que acarrea este criminal sistema de salud? ¿Será, que solamente, quien lo vive, es quien lo sufre?

EL ANTES, EL AHORA Y EL FUTURO DE LA SALUD

125

¿Por qué hay jóvenes que aseveran, en las mal llamadas redes sociales, que el sistema de salud que existía en Colombia, el que fue remplazado por la Ley 100, se resume en lo que era el Instituto de Seguros Sociales?

Claro es, que ¡Nadie puede pensar en lo que no conoce, ni enseñar lo que no sabe! La composición del anterior sistema de salud en Colombia va mucho más allá del Seguro Social. Aclaro: que ni el sistema anterior ni el actual han sido perfectos, pero si es evidente que el pa-

Columna de opinión, Ciudad Paz, primero de Nov. de 2021.
Fuente: [://www.ciudadpaz.com/single-post/reflexionando-sobre-el-antes-el-ahora-y-el-futuro-de-la-salud-en-colombia](http://www.ciudadpaz.com/single-post/reflexionando-sobre-el-antes-el-ahora-y-el-futuro-de-la-salud-en-colombia)

sado ofrecía mejor prestación de servicios, había más respeto y cuidado por la vida de los pacientes. De los dos sistemas podría sacarse lo mejor para lograr un nuevo modelo de salud.

Comparto una rápida y resumida composición de lo que existía en ese borrado sistema de salud:

1. Los hospitales públicos

Esos que injustificadamente y muy cerca de la instauración de la Ley 100 fueron mal llamados 'hospitales de caridad'.

Siempre, por ser un derecho fundamental, es esencial para la materialización de la vida digna y con calidad, ha sido y sigue siendo una obligación del Estado colombiano ser el responsable de la prestación de los servicios de salud a sus ciudadanos. Por eso siguen siendo hospitales públicos, aunque hoy, en su gran mayoría, sean manejado por particulares para beneficio propio, para enriquecerse a costa de lo público.

Estos hospitales, en su gran mayoría, eran Hospitales Universitarios con profesionales de excelente calidad, quienes ofrecían una atención médica que extrañamos quienes nos formamos en ellos.

Dirán que no teníamos los equipos más modernos de esa época... Cierto, así era, pero lo suplíamos con conocimientos, con criterios médicos, sin ataduras para pensar y actuar en beneficio de los pacientes, tal como lo exige la profesión Médica. No como se hace en el actual sistema donde las EPS y las IPS limitan a los médicos en sus pensamientos y en su actuar para lograr mayores beneficios económicos. Siento vergüenza que estos acepten y se presten a esas órdenes

que van en contra del paciente, quien es lo más importante dentro del sistema de salud.

Con relativa frecuencia, los hospitales recibían cooperación extranjera, donaciones de países desarrollados y amigos, que enviaban medicamentos de alto costo y buenos equipos de ayuda diagnóstica, pero por la ineficiencia del Estado, manifiesta desde muchas décadas atrás, los dejaban deteriorar por no darle un 'mantenimiento adecuado'. En esos hospitales públicos, con todos los problemas que tenían, funcionaban bien, allí estaban los mejores médicos. Ahí atendieron por igual a personas sin o con recursos económicos. Primero, se atendía la situación médica y luego se revisaba si tenía capacidad de pago o no. Quizás todo se daba muy fácil, no conocí ninguna negación en la atención al paciente, mucho menos de una urgencia médica. Se atendía de manera simple y sin tanta tramitología para brindar prontamente una muy buena atención médica.

En ese entonces, no se había tomado aún, la vergonzosa decisión de estratificar las viviendas (estratos 1-2-3-4-5-6), y unos cuántos 'desubicados' que creen estar por encima del estrato seis. Personalmente, considero que esto logró hacer más daños que beneficios. Distanció a pobres de clase media y a estos de los de clase alta. Tanto es, que hay una pregunta que se escucha con mucha frecuencia: "¿De qué estrato eres tú?" Aunque la Ley dice que son 'las residencias' las estratificadas, ¡se ha generalizado que se piense que las personas son las que están estratificadas!

Vino la Ley 100 y muchos de los hospitales públicos fueron borrados. Quedaron los de cier-

tas universidades ‘privadas’ prestigiosas del país y algunos otros que se vienen manejando sin un real interés del Gobierno de turno o con intereses privados.

2. Solidaridad perdida

Las empresas ayudaban mucho en el aspecto Salud. Cada empresa tenía una sección o un departamento médico con un tamaño proporcional a su cantidad de trabajadores. Estos servicios prestados por las empresas eran excelentes, los empresarios de ese entonces, protegían a sus trabajadores y a los familiares de estos. Así se descongestionaba al sistema. Los trabajadores se sentían realmente protegidos en este aspecto, además, había estabilidad laboral. Eran otros tiempos y mejores empresarios.

Anoto, para conocimiento de los jóvenes que no vivieron esto, que la prestación de los servicios era a nivel Nacional. No como ahora con la Ley 100, cuando solo te prestan la atención en una IPS localizada en ‘una calle’ de tu ciudad o municipio. Aún estando en la misma ciudad donde resides no puedes lograr ser atendido en consulta ambulatoria. Si te encuentras en otra ciudad o distante de la ubicación de tu IPS y necesitas atención médica, debes acudir a un servicio de urgencia, congestionando estos servicios injustificadamente. Algo estúpido e incoherente entre lo que dicen las autoridades en salud y lo que realmente viene sucediendo en la práctica.

Si, al igual que yo, estás afiliado a una EPS (Cooomeva EPS) intervenida, que se niega atender o no tiene clínicas que presten el servicio, como sucede en Barranquilla desde hace varios lar-

gos años, se pone en alto riesgo nuestra salud y nuestras vidas. Todo esto viene ocurriendo ante la vista gorda de todas las autoridades: Alcaldía, Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla, Supersalud, Ministerio de Salud. La intervención por parte de la Supersalud fue muy tardía y después del hecho, los usuarios seguimos con los mismos problemas.

¿No les gustaría a los jóvenes revivir la obligatoriedad a las empresas para que presten dentro de sus instalaciones, servicios médicos a los trabajadores y a los familiares de estos? Seguramente se disminuiría el porcentaje de ausentismo causado por la demorada y precaria atención médica de las EPS, se produciría una gran mejora en lo que respecta al sentido de pertenencia por parte del empleado y, con seguridad, veríamos algunos otros beneficios para los empresarios y sus empleados.

3. ISS

El Seguro Social fue una entidad pública del Estado colombiano creada el 26 de diciembre de 1946, encargada de la seguridad social, principalmente, de los empleados del sector privado con empleo formal.

El 14 enero de 2007, casi un año después de anunciar su intención de liquidar el Seguro Social, el presidente Álvaro Uribe cumplió con su promesa y acabó con una de las pocas entidades públicas que restaban por privatizar en el país. Es bueno recordarlo, particularmente para quienes tienen memoria selectiva. Al ISS lo despresligaron para cerrarlo y darle paso a las entidades privadas. Les recuerdo que La Nueva EPS se

crea con los usuarios que tenía el ISS.

Sería interesante conocer a los mayores accionistas de esta EPS, también conocer por qué da utilidades si debe actuar como una fiduciaria. Ninguna EPS debería tener utilidades por la prestación de los servicios de salud que contrata con el Estado.

Si hubo deterioro en el extinto ISS fue por culpa de la corrupta clase política colombiana y es claro que lo cerraron para darle paso a una nueva entidad mixta. En lo que no hay claridad es si el Estado colombiano tiene o no injerencia en su manejo. Si tiene manejo y da utilidad, ¿por qué no tenemos mas EPS públicas?

Pero no todo fue malo en el ISS, veamos el porqué. El ISS prestaba atención a nivel nacional con un carné de cartón laminado porque no existía la tecnología de hoy. Me refiero, antes de aparecer la Ley 100. Había una sola red de prestatarios para todo el país. Atendían en cualquier parte donde tuvieran un centro de atención médica. No había una IPS o un centro de atención específico para ser atendido, recibían a los pacientes en cualquiera de sus puntos de atención, ya fuese en la ciudad o municipio donde residías o en otra ciudad diferente a tu domicilio donde estuvieras en el momento en que necesitabas la atención.

Las EPS no brindan este tipo de atención. Si no estás cerca a la IPS que te asignan te toca acudir a un servicio de Urgencia de una clínica, congestionando dicho servicio sin justificación. Conocedores de esto, quienes manejan la salud del país, se preguntan el porqué tantas personas acuden a las urgencias de clínicas y hospitales innecesariamente, causando caos, debilitando y

generando gastos enormes al sistema de salud, siendo que se tratan de consultas que se pueden resolver ambulatoriamente.

Todas las incapacidades médicas eran válidas. Las dadas por el ISS, por cualquier de los departamentos médicos de las empresas o por cualquier médico particular que contara con su Registro Médico (RM). Hoy, las EPS se niegan aceptar las incapacidades expedidas por médicos generales o especialistas que no pertenezcan a su propia red de prestadores.

Las EPS niegan reiterativamente la prestación de los servicios, lo que obliga a quien tiene recursos económicos a buscar solución con Médicos particulares. Si se acude a un médico particular que considere dar una incapacidad médica, es probable que su EPS se la niegue.

El Gobierno, a través de Ministerio de Salud, creó la entidad Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS) para consultar y verificar quiénes están autorizados para ejercer una profesión de la salud. Por lo tanto, con esta información que ya tienen actualizada, debería servir para crear la Red Nacional Única de Prestatarios para todas las EPS, a la que puedan acceder todos los profesionales que ya fueron verificados, reconocidos y que se encuentran en el ReTHUS.

El Colegio Médico Colombiano fue el encargado de recolectar el dinero que cobraron a todos los profesionales de la salud y de aprobar todos los trámites exigidos para esta nueva acreditación. El Colegio Médico Colombiano, organización gremial presidida por el Dr. Stevenson Marulanda, recogió una suma importante de dinero que no se sabe

públicamente, para que será destinado. Si el profesional se encuentra debidamente certificado por las autoridades de salud colombiana, no hay razón para que cada EPS conforme una red propia que parece tener como objetivo, la manipulación de los profesionales y la negación de derechos a sus pacientes, usuarios o clientes.

Todos los profesionales de la salud debidamente acreditados deberían conformar la red única de prestatarios. Los colombianos deberíamos tener la potestad de escoger libremente al profesional para ser atendido. Esto obligaría a los profesionales a mantenerse actualizados, a tener un limpio y adecuado sitio de atención o consultorio y que pueda disponer del tiempo necesario que requiera la atención de cada paciente.

Difícil hacer un análisis más completo en tan corto tiempo.

¿Qué opinión, objetiva y sin pasión política, tienes después de leer esta nota de alguien que se formó en los hospitales públicos, antes de que nos impusieran el criminal sistema de salud creado con la Ley 100 de 1993?

ANEXOS

NORMAS DEL SECTOR

135

DOCTOR, ¿USTED POR QUÉ NO TRABAJA?

Ley 2064 de 2020

Por medio de la cual se declara de interés general la estrategia para la inmunización de la población colombiana contra la covid-19 y la lucha contra cualquier pandemia y se dictan otras disposiciones.

Expedida: 9 de diciembre de 2020

Ley 2015 de 2020

Por medio del cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto regular la Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica - IHCE, a través de la cual se intercambiarán los elementos de datos clínicos relevantes , así como los documentos y expedientes clínicos del curso de vida de cada persona.

A través de la historia clínica electrónica se facilitará, agilizará y garantizará el acceso y ejercicio de los derechos a la salud y a la información de las personas, respetando el Hábeas Data y la reserva de la misma.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los datos clínicos relevantes.

Expedida: 31 de enero de 2020

Ley 1980 de 2019

Por medio del cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto regular y ampliar la práctica del tamizaje neonatal en Colombia mediante la detección temprana de ceguera y sordera congénitas, la utilización, almacenamiento y disposición de la muestra de sangre del recién nacido para detectar tempranamente los errores congénitos del metabolismo y enfermedades que puedan deteriorar la calidad de vida de las personas y otras alteraciones congénitas objeto de tamizaje que generan enfermedades cuyo diagnóstico temprano permite evitar su progresión, secuelas y discapacidad o modificar la calidad o expectativa de vida.

Expedida: 26 de julio de 2019.

Ley 1972 de 2019

Por medio de la cual se establece la protección de los derechos a la salud y al medio ambiente sano estableciendo medidas tendientes a la reducción de emisiones contaminantes de fuentes móviles y

se dictan otras disposiciones.

Artículo 1. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto establecer medidas tendientes a la reducción de emisiones contaminantes al aire provenientes de fuentes móviles que circulen por el territorio nacional, haciendo énfasis en el material particulado, con el fin de resguardar la vida, la salud y goce de ambiente sano.

Expedida: 18 de julio de 2019.

Ley 1968 de 2019

Por el cual se prohíbe el uso del asbesto en el territorio nacional y se establecen garantías de protección a la salud de los colombianos.

Artículo 1. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto preservar la vida, la salud y el ambiente de los trabajadores y todos los habitantes del territorio nacional frente a los riesgos que representa la exposición al asbesto para la salud pública, colectiva e individual en cualquiera de sus modalidades o presentaciones.

Expedida: 11 de julio de 2019.

Ley 1953 de 2019

Por medio de la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la política pública de prevención de la infertilidad y su tratamiento dentro de los parámetros de salud reproductiva.

Artículo 1. *Objeto.* La presente ley tiene como objeto establecer los lineamientos para el desarrollo de la política pública de prevención de la infertilidad y su tratamiento dentro de los parámetros de salud reproductiva.

Esta norma establece definiciones y formula la necesidad de una política pública.

Expedida: 20 de febrero de 2019.

Ley 1917 de 2018

Por medio de la cual se reglamenta el sistema de residencias médicas en Colombia, su mecanismo de financiación y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto crear el Sistema Nacional de Residencias Médicas en Colombia que permita garantizar las condiciones adecuadas para la formación académica y práctica de los profesionales de la medicina que cursan programas académicos de especialización médico quirúrgicas como apoyo al Sistema General de Seguridad Social en Salud, define su mecanismo de financiación y establece medidas de fortalecimiento para los escenarios de práctica del área de la salud.

Expedida: 12 de julio de 2018.

Ley 1831 de 2017

Por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA), en transportes de asistencia, lugares de alta afluencia de público, y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1. *Objeto.* La presente ley tiene como objeto establecer la obligatoriedad, la dotación, disposición y acceso a los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) en los transportes de asistencia básica y medicalizada, así como en los espacios con alta afluencia de público.

Expedida: 2 de mayo de 2017.

Ley 1805 de 2016

Por medio de la cual se modifican la Ley 73 de 1988, “por la cual se adiciona la Ley 9 de 1979 y se dictan otras disposiciones en materia de donación y trasplante de órganos y componentes anatómicos para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos” y la Ley 919 de 2004, “por medio de la cual se prohíbe la comercialización de componentes anatómicos humanos para trasplante y se tipifica como delito su tráfico” en materia de donación de componentes anatómicos y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto ampliar la presunción legal de donación de componentes anatómicos para fines de trasplantes u otros uso terapéuticos.

Expedida: 4 de agosto de 2016.

Ley 1751 de 2015

Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Expedida: 16 de febrero de 2015.

Ley 1712 de 2014

Por medio de la cual se crea la Ley de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1. *Objeto.* El objeto de la presente ley

es regular el derecho de acceso a la información pública, los procedimientos para el ejercicio y garantía del derecho y las excepciones a la publicidad de información.

Expedida: 6 de marzo de 2014.

Ley 1616 de 2013

Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental.

Artículo 1. *Objeto.* El objeto de la presente leyes garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

Expedida: 21 de enero de 2013.

Ley 1438 de 2011

Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1. *Objeto.* Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, induyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

Expedida: 19 de enero de 2011.

Ley 1392 de 2010

Por medio de la cual se reconocen las Enfermedades Huérfanas como de especial interés y se adoptan normas tendientes a garantizar la Protección Social por parte del Estado Colombiano a la población que padece de las Enfermedades Huérfanas y sus cuidadores.

Artículo 1. *Objeto.* La presente ley tiene como objeto reconocer que las enfermedades huérfanas, representan un problema de especial interés en salud dado que por su baja prevalencia en la población, pero su elevado costo de atención, requieren dentro del SGSSS un mecanismo de aseguramiento diferente al utilizado para

las enfermedades generales, dentro de las que se que incluyen las de alto costo; y unos procesos de atención altamente especializados y con gran componente de seguimiento administrativo.

Para tal efecto el Gobierno Nacional, implementará las acciones necesarias para la atención en salud de los enfermos que padecen este tipo de patologías, con el fin de mejorar la calidad y expectativa de vida de los pacientes, en condiciones de disponibilidad, equilibrio financiero, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social, así como incorporar los demás componentes de la protección social, más allá de los servicios de salud, para pacientes, cuidadores y familias, dándole un enfoque integral al abordaje y manejo de estas patologías.

Expedida: 2 de julio de 2010.

Ley 1335 de 2009

Disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana.

Artículo 1. *Objeto.* El objeto de la presente ley es contribuir a garantizar los derechos a la salud de los habitantes del territorio nacional, especialmente la de los menores de 18 años de edad y la población no fumadora, regulando el consumo, venta, publicidad y promoción de los cigarri-

llos, tabaco y sus derivados, así como la creación de programas de salud y educación tendientes a contribuir a la disminución de su consumo, abandono de la dependencia del tabaco del fumador y se establecen las sanciones correspondientes a quienes contravengan las disposiciones de esta ley.

Expedida: 6 de marzo de 2014.

Ley 0972 de 2005

Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado Colombiano de la población que padece enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/sida.

Artículo 1. Declárese de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, la atención integral estatal a la lucha contra el VIH -Virus de Inmunodeficiencia Humana- y el SIDA - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-.

El Estado y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizará el suministro de los medicamentos, reactivos y dispositivos médicos autorizados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades ruinosas o catastróficas, de acuerdo con las competencias y las normas que debe atender cada uno de ellos.

Expedida: 15 de julio de 2005.

Ley 0982 de 2005

Por la cual se establecen normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordociegas y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1. Para efectos de la presente ley, los siguientes términos tendrán el alcance indicado a continuación de cada uno de ellos.

- Hipoacusia, Hipoacúsico, Comunidad de sordo, Sordo, Sordo señante, Sordo hablante, Sordo semilingüe, Sordo monolingüe, Sordo bilingüe, Lengua de señas, Integración escolar, Educación bilingüe para sordos, Integración con intérprete al aula regular, Integración al aula regular con ayudas auditivas, Comunicación, Sordoceguera, Sordociego(a), Sordoceguera congénita, Sordoceguera adquirida, Sordera congénita con ceguera adquirida, Ceguera congénita con sordera adquirida, Guía intérprete, Prevención, Rehabilitación, Intérprete para sordos, Guía intérprete.

Expedida: 2 de agosto de 2005.

Ley 100 de 1993

Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

Preámbulo. La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Expedida: 23 de diciembre de 1993.

Consideraciones de la Sentencia C-760/04

Competencia

1. La Corte Constitucional es competente para conocer de la presente demanda en virtud del artículo 241 numeral 4 de la Carta, ya que la disposición acusada hace parte de una Ley de la República.

Problema jurídico y aptitud de la demanda

2. Los demandantes plantean que los apartes acusados violan el principio de solidaridad, y el derecho a la igualdad al establecer que los contratistas por prestación de servicios están obligados a cotizar al sistema general de pensiones y lo harán tomando como base de cotización el ingreso devengado

Consideran los actores que las normas desconocen las particularidades del contrato de prestación de servicios y establecen una carga desproporcionada para estas personas, además de generar un enriquecimiento sin causa a favor del sistema que se lucra con una cotización que nunca se convertirá en pensión.

Por su parte, los intervinientes consideran que los demandantes extraen consecuencias que no se siguen de los fragmentos acusados y por eso la Corte debe declarar los apartes exequibles.

El Procurador estima que la Corte debe inhibirse frente al cargo por violación de la solidaridad y declarar exequible la norma en relación con la acusación por igualdad pues, al igual que los intervinientes, considera que esta regulación parte de la idea de universalidad del sistema y proporcionalidad en los aportes. Además, según

su parecer, frente al supuesto enriquecimiento sin causa, no puede determinarse si el afiliado alcanzará o no su derecho a la pensión, caso en el cual puede obtener una mesada pensional, pero de cualquier manera los aportes serán devueltos como indemnización sustitutiva o devolución de saldos.

3. En primer lugar la Corte verificará si en realidad la demanda es inepta tal como lo plantean algunas intervenciones.

Los tres cargos guardan una estrecha relación a lo largo de la argumentación de los demandantes. Los ciudadanos se ocupan de establecer las diferencias entre el contrato laboral y el de prestación de servicios para adelantar un test de igualdad basado en la jurisprudencia de la Corte y concluir que los apartes son inexecutable.

De otro lado, y también por considerar como punto de partida una diferencia que consideran relevante entre asalariados y contratistas por prestación de servicios, construyen un argumento sobre la solidaridad y el enriquecimiento sin causa a favor de un sistema que no beneficia a estos contratistas. Esta Corporación considera que la argumentación desarrollada por los ciudadanos ofrece razones para cuestionar la exequibilidad de los fragmentos acusados, genera duda sobre la constitucionalidad de los mismos y por tanto es apta para generar una controversia constitucional.

Siendo así, no es de recibo la solicitud hecha por algunos intervinientes en torno a la inhibición de la Corte por demanda inepta.

4. De acuerdo con lo anterior, debe ahora esta Corte verificar si los fragmentos acusados desco-

nocen el principio de solidaridad al imponer una carga gravosa sobre los contratistas por prestación de servicios, generan enriquecimiento sin causa y, si los apartes demandados violan el derecho a la igualdad.

Para abordar los problemas planteados, relacionados con la obligación y el monto de la cotización al sistema general de pensiones, (...) la Corte retomará el contenido de las normas pues, al parecer, tal como lo plantean los intervinientes, los actores atribuyen un sentido que no se encuentra en ellas y muestran consecuencias que en realidad se seguirían, eventualmente, de las normas reglamentarias.

5. La Constitución colombiana ha establecido en su artículo 48 que la seguridad social es “un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley”.

(...) El legislador quedó habilitado constitucionalmente para configurar el sistema de seguridad social sometido a dichos principios y a los parámetros fundamentales establecidos en la citada disposición superior. Y efectivamente, en su condición de servicio público, el legislador dispuso que su prestación se haga con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

Sobre el sistema y sus principios este Tribunal ha considerado que la Carta adoptó un concepto amplio de la seguridad social que incluye el mayor número de servicios, auxilios, asistencias y prestaciones en general. Este conjunto de de-

rechos y su eficacia comprometen al Estado, la sociedad, la familia y la persona.

6. El entendimiento de estos principios también ha sido objeto de análisis. La eficiencia es la mejor utilización social y económica de los recursos disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente. La universalidad es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna distinción.

La solidaridad es la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio de protección del más fuerte hacia el más débil; es deber del Estado garantizar la solidaridad en el régimen de seguridad social mediante su participación, control y dirección del mismo.

Para este efecto cada persona contribuye según su capacidad y recibe lo necesario para atender sus contingencias. La unidad es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social. La participación es la intervención de la comunidad a través de los beneficios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

7. El legislador desarrolló estos principios a través de la Ley 100 de 1993 que definió el sistema de seguridad social integral como “el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios”.

Con esta normatividad, reformada parcialmente por la Ley 797, el legislador organizó el sistema de seguridad social integral cuyo objeto es garantizar derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener una calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que puedan afectarla. El sistema comprende obligaciones en cabeza del Estado y de la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones económicas, de salud y servicios complementarios u otras que se incorporen en el futuro.

8. Puede entonces concluir la Corte que el entendimiento de los principios rectores mencionados ha sido un tema que desde su previsión constitucional, ha sido desarrollado por el legislador y estudiado por la jurisprudencia.

9. En lo que concierne al régimen de pensiones, la ley 100 también desarrolló la norma constitucional al establecer que su objetivo es garantizar a la población, el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones que determine la Ley, así como propender por la ampliación progresiva de cobertura a los sectores de la población no amparados con un sistema de pensiones.

Las sentencias C-126 de 1995 y C-386 de 1997 anotaron que el sistema general de pensiones que consagra la Ley 100 de 1993 contiene una serie de previsiones que obedecen a los principios que la inspiran como son los de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación destinadas a garantizar a la po-

blación, el amparo contra las contingencias citadas, y tienen como sustrato básico los aportes que hagan los afiliados a dicho sistema.

10. Este Tribunal también se ha referido a las finalidades del sistema general de pensiones para aclarar algunos puntos. En la sentencia C-086 de 2002 la Corte determinó que el sistema de seguridad social en pensiones no tiene por finalidad preservar el equilibrio cuota-prestación.

El fin perseguido es garantizar la debida atención de las contingencias a las que están expuestos los afiliados y beneficiarios. Todo ello es consecuencia de considerar que el régimen de prestaciones de la seguridad social en pensiones no es un régimen contractual como el de los seguros privados sino que se trata de un régimen legal que de alguna manera se asienta en el principio contributivo. Así, pretende desarrollar el principio de solidaridad, porque en este subsistema se da la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos y las comunidades, bajo la protección del más fuerte hacia el más débil.

El objetivo entonces es que se pueda obtener una pensión adecuada que ampare al afiliado en su vejez o invalidez y que los beneficiarios de una pensión de sobrevivientes en caso de muerte puedan alcanzar esa prestación.

11. La Corte Constitucional al referirse al principio de la solidaridad ha señalado que en el actual sistema jurídico este postulado, contemplado en los artículos 1 y 95 de la Constitución, no sólo vincula a todos los particulares sino también al mismo Estado, que en su condición de garante de los derechos de los coasociados está

comprometido a prestar el apoyo que requieran las personas para alcanzar la efectividad de sus derechos y para colmar las aspiraciones propias de la dignidad humana.

La sentencia C-126 de 2000 determinó que el principio de solidaridad implica que todos los partícipes de este sistema deben contribuir a su sostenibilidad, equidad y eficiencia, lo cual explica que sus miembros deban en general cotizar, no sólo para poder recibir los distintos beneficios, sino además para preservar el sistema en su conjunto.

La ley puede, dentro de determinados límites, estructurar la forma cómo los distintos agentes deben cumplir con su deber de solidaridad.

12. De lo visto hasta ahora, puede la Corte concluir que la solidaridad no se encuentra sólo en cabeza del Estado sino que también los particulares tienen una carga al respecto.

Además, según la filosofía del sistema, los aportes no tienen que verse necesariamente reflejados en las prestaciones, pues estos aportes tienen finalidades que sobrepasan el interés individual del afiliado y apuntan a la protección del sistema considerado como un conjunto dirigido a proteger a toda la población.

13. Observa la Corte que los apartes demandados establecen la obligatoriedad de cotizar al sistema general de pensiones y una definición de la base de cotización para quienes laboren bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios. En cuanto a la base de cotización determina la norma que las cotizaciones serán efectuadas en forma proporcional al ingreso devengado.

14. Los actores afirman que lo prescrito vio-

la el derecho a la igualdad pues un contrato de prestación de servicios es diferente a un contrato laboral y los apartes acusados los equiparan. Así, según su parecer, la norma obliga a cotizar sobre los ingresos devengados cuando lo percibido es una cifra inferior debido a los impuestos y a los gastos de operación.

Los cargos cuestionan entonces la obligatoriedad de la cotización al sistema y, además, controvierten la base de cotización y el monto de la misma. Comienza la Corte con el análisis del cargo por violación del derecho a la igualdad tanto en la obligación de cotizar como en el monto de la cotización. La obligación de cotizar al sistema y el monto de la cotización no violan el derecho a la igualdad.

15. En cuanto a la inexequibilidad del artículo 4, los actores afirman que las normas parcialmente acusadas olvidan un criterio de distinción y por tanto igualan categorías distintas de personas, lo que ellos consideran inconstitucional.

Analizan puntualmente las diferencias entre los contratos laborales y los de prestación de servicios para demostrar las cargas y beneficios que soportan los empleados y los contratistas. Además adelantán un juicio de igualdad para mostrar que se trata de categorías de personas que no pueden ser equiparables para efectos de establecer la obligación de cotizar ni el monto de la cotización.

Para la Corte, esta distinción no parece relevante una vez se han explicado los principios que guían el sistema. Así, al retomar lo visto anteriormente, el sistema general de seguridad social en pensiones funciona con base en los principios de universalidad y la idea de proteger a todos los

afiliados frente a eventuales riesgos: vejez, invalidez o muerte.

Si el legislador no hubiese impuesto la obligación de cotizar al sistema para quienes tienen capacidad de pago, no sólo éstos quedarían desprotegidos sino que podría no asegurarse debidamente el principio de solidaridad, pues es sabido que la pretensión del sistema es proteger incluso a quienes no cuentan con capacidad de aportar, o aportan pero sus cotizaciones, por ser proporcionales al ingreso, son muy bajas.

16. La Corte considera que la juiciosa comparación hecha por los actores entre el contrato de trabajo y el contrato por prestación de servicios no es relevante para edificar un argumento por violación del derecho a la igualdad en el presente caso por cuanto esas diferencias no excluyen que todos tengan el deber de cotizar para asegurar la universalidad y solidaridad del sistema de seguridad social.

Consideran los demandantes que el legislador estableció una carga idéntica –la obligación de cotizar al sistema general de pensiones– a grupos distintos. Las diferencias entre estos dos tipos de contratos son claras y la Corte no entrará en detalles al respecto, pero esas diferencias no repercuten en lo exigido por la norma ni en los principios que animan al sistema.

Además, los actores olvidan que el legislador, en ejercicio del amplio margen de configuración que ostenta en la materia, puede imponer esta obligación a todo tipo de persona que reciba ingresos por su desempeño laboral a fin no sólo de protegerlos frente a diversas contingencias, sino de garantizar la viabilidad del sistema. Visto así,

el cargo no prospera.

17. En cuanto al reparo por el monto de la cotización, una lectura atenta de la norma muestra que ésta no dice que la base de cotización se calcula sobre la totalidad del valor del contrato, sólo que será proporcional a los ingresos devengados. Siendo así, parece ser que es la definición de qué es lo devengado lo que al parecer motiva la demanda.

Sin embargo, tal definición no se encuentra en la norma acusada y, tal como lo manifiestan los intervinientes, es objeto de reglamentación en otras disposiciones. Los actores afirman que a estos afiliados se les obliga a reportar el valor del contrato y de allí concluyen que ésa es la forma para calcular la base de la cotización.

Observa la Corte que ninguna de las normas parcialmente acusadas hace referencia a tal situación. En ese orden de ideas, no es comprensible el cargo por supuesta violación del derecho a la igualdad en este aspecto, pues si las normas no determinan nada de lo que se refiere a la supuesta violación de la Constitución que los mismos actores construyen, mal podría la Corte buscar en todas las demás normas del ordenamiento el elemento que los demandantes consideran inexecutable.

Así, el elemento concreto que los demandantes consideran inconstitucional y con base en el cual edifican su análisis de igualdad no hace parte de la norma pues, reitera esta Corporación, los apartes acusados no definen con tal exactitud la manera para calcular el ingreso base de cotización. Como lo anotó uno de los intervinientes, las normas no dicen que su aplicación debe hacerse

sobre el 100% de los pagos o ingresos, ni indican si se trata de los ingresos brutos o los netos, o si sobre los ingresos totales cabrían o no deducciones o descuentos.

Teniendo en cuenta que el punto de partida de todo el argumento es una proposición no contenida en los apartes acusados, es claro que la argumentación de este cargo está viciada por partir de una interpretación errada de la norma.

18. La interpretación de la norma no sólo es insuficiente, además es aislada. El parágrafo 1 del artículo 15 de la ley 100 de 1993 establece una serie de principios que son aplicables a los trabajadores independientes. Entre esos principios señala que *“el ingreso base de cotización no podrá ser inferior al salario mínimo y deberá guardar correspondencia con los ingresos realmente percibidos por el afiliado”*.

Siendo así, es claro que una lectura completa de las normas que regulan la materia muestra que el legislador, lejos de implantar una norma discriminatoria o gravosa para los afiliados, lo que hizo fue buscar la proporcionalidad entre lo devengado y la cotización a fin de asegurar que quienes coticen lo hagan de conformidad con su capacidad de pago. Esta refutación desarrolla el principio de igualdad, pues mal podría considerarse que todo cotizante puede aportar al sistema en la misma magnitud.

Además, ese mismo criterio de proporcionalidad aplica para los asalariados, quienes deben cotizar de conformidad con su salario. En síntesis, la Corte concluye que no viola la igualdad el deber que tiene el contratista de cotizar pues la Constitución no restringe la posibilidad de afilia-

ción al sistema de seguridad social en pensiones al trabajador asalariado dependiente.

Por el contrario, señala que uno de los fundamentos del sistema es la universalidad y por eso es razonable que la ley imponga a los trabajadores independientes el deber de aportar al sistema. Encuentra esta Corporación que tampoco viola el derecho a la igualdad que la cotización tenga como base el ingreso devengado por el trabajador independiente pues este criterio está relacionado con su capacidad de pago, elemento absolutamente relevante para determinar el monto del aporte.

No existe violación a la solidaridad ni enriquecimiento sin causa a favor del sistema derivados de los apartes acusados

19. Sobre este cargo, observa esta Corporación que los actores parten del supuesto discutible de que los contratistas por prestación de servicios no se van a pensionar debido a la inestabilidad de su vinculación. Como puede verse, los demandantes exponen sus opiniones acerca de la posibilidad de jubilación de este tipo de afiliados. Estas ideas son respetables pero no muestran un cargo de constitucionalidad, pues pretenden demostrar que estos contratistas renuncian a los beneficios del sistema por su calidad de contratistas de prestación de servicios.

Esta consecuencia no se sigue de lo acusado y no es mas que una valoración de los supuestos efectos de la norma, valoración que incluso es cuestionable, pues la posibilidad de acceder a una pensión depende de múltiples factores, no sólo de la calidad de empleado dependiente. Al respecto debe anotar este Tribunal que idéntica situación, el no acceder a la pensión luego

de haber cotizado, puede acontecer con un empleado sujeto a un contrato de trabajo, sin que por ello se considere que por tal razón no tiene el deber de cotizar.

20. El argumento de los demandantes sería entonces que la obligación de cotizar sólo se justifica si hay certeza de obtener un beneficio equivalente a lo aportado al sistema. La visión de los demandantes es errada por dos razones. En primer lugar, el sistema general de seguridad social cubre a los cotizantes y beneficiarios frente a riesgos eventuales que pueden no concretarse. Por ejemplo, en salud protege frente al riesgo de enfermedad y puede ocurrir que la persona nunca se enferme. La pregunta es si obtuvo o no un beneficio.

Podría decirse, como lo hacen los demandantes, que no obtuvo nada, pues no fue tratado médicamente, pero en realidad sí obtuvo algo muy importante porque estuvo protegido frente a la contingencia y ése ya es un beneficio. Del mismo modo, puede elaborarse un ejemplo para quien aporta al sistema pensional. Puede haber un cotizante en pensiones que aporta entre los 20 y 30 años de edad, fallece y no deja beneficiarios. Bajo esta hipótesis, el aportante no llega a la vejez pero estuvo protegido ante la eventualidad de vejez e invalidez.

En segundo lugar, los demandantes piensan que la retribución del sistema debe ser equivalente o estrictamente proporcional a lo aportado, pero tal como fue anotado previamente, esa no es la filosofía del sistema: el principio general del mismo es que se aporta según lo devengado y se cubre según la necesidad, lo cual es un desarrollo del principio de solidaridad.

21. En cuanto al monto del aporte, los demandantes consideran que la norma viola el principio de solidaridad porque los contratistas por prestación de servicios abandonan sus derechos y además constituye enriquecimiento sin causa para el sistema.

Para la Corte no hay abandono de ningún derecho pues el aporte, según las previsiones de la Ley 100 de 1993, si no se alcanza el derecho pensional, será devuelto como indemnización sustitutiva de la pensión de vejez,¹¹ como indemnización sustitutiva de la pensión de invalidez,¹² como indemnización sustitutiva de la pensión de sobrevivientes,¹³ o como devolución de saldos¹⁴ Lo que los actores consideran un enriquecimiento sin causa a favor del sistema no enriquece a un sistema que, en general, devolverá los aportes.

Puede alegarse entonces, al retomar el ejemplo precitado, que existen hipótesis en las cuales los aportes no son regresados al cotizante o a los beneficiarios. Pero ello no hace que la norma sea inexecutable ya que el sistema se edifica en la idea de solidaridad y universalidad. Los aportes no sólo tienen la función de ser ahorrados y devueltos. También permiten garantizar la estabilidad y viabilidad del sistema y la posibilidad de subsidiar a quienes poseen menos recursos.

22. La Corte puede concluir entonces que los actores partieron de varias ideas equivocadas tal como la falta de una definición estricta de lo que es lo devengado. Al respecto esta Corporación estima que el hecho de que algunos supuestos previstos por la ley requieran regulaciones adicionales no acredita que la norma sea inconstitucional. La consecuencia es la necesi-

ria intervención de la autoridad encargada de la reglamentación.

23. Pero queda aún un cargo por analizar, y es la asunción de la totalidad de la cotización por parte del contratista por prestación de servicios, mientras que el empleado asume sólo una parte.

(...) Como lo estableció la sentencia C-714 de 1998, es potestativo del legislador fijar el tratamiento diferencial entre trabajadores dependientes e independientes, en cuanto a la base de cotizaciones, el monto y distribución de éstas. Ello ocurre en virtud de que la naturaleza, modalidades y condiciones de las relaciones laborales son diferentes entre una y otra categoría de trabajadores. Ante las diferencias relevantes, es necesario asumir regulaciones distintas.

Es claro para la Corte, que una cosa es la discriminación que prohíbe el artículo 13 de la Carta y otra la diferenciación racional y razonable que establece el legislador entre distintos sujetos para atender situaciones materiales o de hecho diferentes.

24. Concluye la Corte que las razones presentadas por los ciudadanos no son de recibo. A juicio de la Corte, estos apartes lejos de vulnerar el ordenamiento constitucional constituyen un instrumento que lo desarrolla, en particular en lo que hace referencia al derecho a la seguridad social, consagrado en el artículo 48 superior.

25. La Corte precisa que la presente declaración de exequibilidad es de cosa juzgada relativa y se restringe a los cargos efectivamente estudiados en esta providencia, sin que esta Corporación haya analizado integralmente otros aspectos de la regulación del sistema pensional de los contratistas por prestación de servicios, como

podrían ser, entre otros, los problemas asociados a la compatibilidad de los beneficios de los distintos regímenes pensionales, pues la presente sentencia se limitó a analizar las acusaciones de los actores.

VII. Decisión

En mérito de lo expuesto, la Corte Constitucional de la República de Colombia, en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE

Declarar EXEQUIBLES las expresiones “y del contrato de prestación de servicios” y “o ingresos por prestación de servicios que aquellos devenguen” contenidas en el artículo 4 de la ley 797 de 2003; y las expresiones “o por prestación de servicios como contratista” y “o ingreso devengado de cada uno de ellos” contenidas en el artículo 5 de la ley 797 de 2003, únicamente por los cargos estudiados en esta oportunidad.

Notifíquese, comuníquese, cúmplase, publíquese, insértese en la Gaceta de la Corte Constitucional y archívese el expediente

Jaime Araujo Rentería, Presidente.

Alfredo Beltrán Sierra, Magistrado

Manuel José Cepeda E., Magistrado.

Jaime Córdoba Triviño, Magistrado.

Rodrigo Escobar Gil, Magistrado.

Marco Gerardo Monroy C., Magistrado.

Álvaro Tafur Galvis, Magistrado.

Rodrigo Uprimny Yepes, Magistrado (E).

Clara Inés Vargas H., Magistrada.

Iván H. Escrucería M., Secretario General (E).



DOCTOR, ¿USTED POR QUÉ NO TRABAJA?

Terminó de imprimirse en
Panamericana, Formas e Impresos SA,
en Bogotá DC, Colombia.

Marzo de 2022.

En textos usamos fuente Bookman Old Style,
12 puntos.
Para títulos, la fuente Copperplate Gothic Light,
20 puntos.

