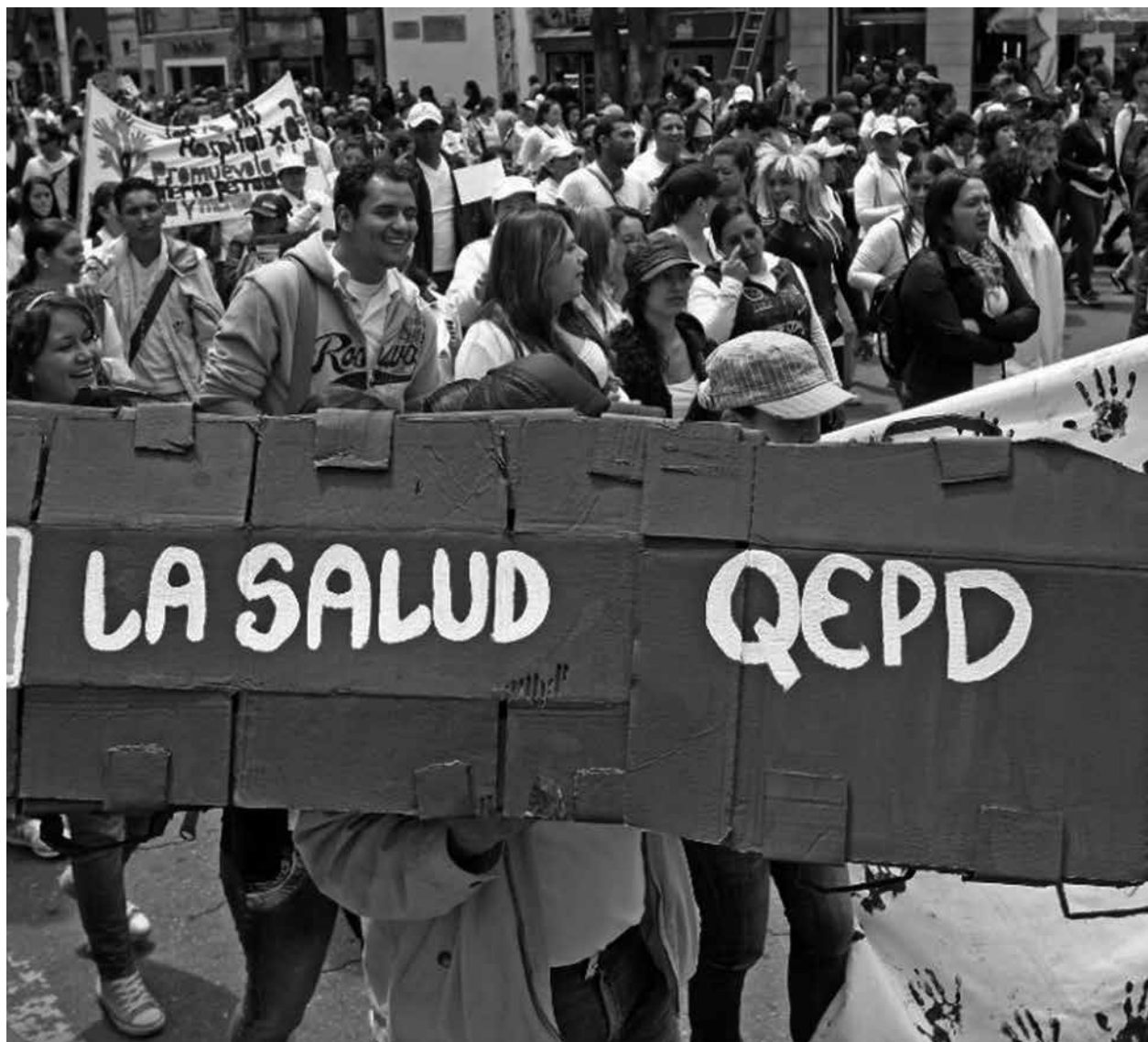


**CARTA ENVIADA POR  
LOS ACADÉMICOS DE LA  
SALUD**

**AL MINISTRO  
GAVIRIA**



Bogotá D.C. 25 de enero de 2013.  
Dr. Alejandro Gaviria  
Ministro de Salud y Protección Social  
E.S.D.

Cordial saludo, señor Ministro:

Quienes firmamos esta comunicación, profesionales de la salud pública de muy diversas disciplinas, investigadores en el campo de los sistemas y los servicios de salud y profesores universitarios, queremos abrir con usted un diálogo a propósito de sus puntos de vista expresados al periodista Yamid Amat, en entrevista publicada el pasado 13 de enero en el periódico *El Tiempo*.

Tenemos una inquietud central sobre la inversión de prioridades que ha sufrido el sistema colombiano de salud, a partir de la Ley 100 de 1993 y que, infortunadamente, usted mantiene: el ciudadano colombiano, sano o enfermo no es el eje del sistema.

A partir de la vigencia de la Ley 100, los indicadores de salud desaparecieron como referentes de política; el discurso, las acciones y las evaluaciones se han centrado en los balances financieros, en la sostenibilidad financiera del sistema, en los flujos de caja, en los recobros. La información se constituyó como bien privado y como factor de competencia, de modo que el sistema de decisiones se basa más en argumentos interesados y en presiones de poder, que en la base fáctica y experiencial de amplios grupos de ciudadanos y de la academia independiente.

Históricamente la política de salud del país ha desconocido y sigue desconociendo, que los principales determinantes de la salud de la población están por fuera del sistema de servicios de salud y dejando de lado el compromiso con la mejoría de las condiciones de salud y de reducción de las inequidades sociales, territoriales.

Permítanos referirnos a su entrevista en la cual usted sostiene que hay una profunda crisis financiera en el sector, pero que no hay crisis de la salud pública y tampoco hay crisis en la prestación de los servicios de salud.

Si al reconocer la crisis financiera usted se refiere a que el modelo de gestión de los recursos financieros aplicado en el sector de la salud ha llegado a un nivel tan alto de incompetencia e ineficiencia que es insostenible, estamos perfectamente de acuerdo.

Las denuncias de corrupción, la elevación incontrolada de precios de los medicamentos, los cobros y pagos fraudulentos, la destinación de recursos públicos a sectores que no tienen que ver con la salud y a inversiones privadas, constituyen evidencia de que el modelo aplicado en Colombia para administrar los recursos financieros destinados a la salud ha llegado a un nivel que es inaguantable. Un intolerable social.

Distintas situaciones han sido denunciadas de manera permanente en estos años por la misma Corte Constitucional, los organismos de control, la Defensoría del Pueblo, las agremiaciones de la salud, las organizaciones de pacientes, la academia, sin que las autoridades competentes hayan tomado las medidas correctivas apropiadas y sin sanciones conocidas para individuos e instituciones responsables del desastre. Por el contrario, las medidas aplicadas por el Congreso y sucesivos gobiernos anteriores, se han limitado a reformas superficiales que maquillan el problema y han sostenido la gestión que ha mantenido y reproducido la crisis.

La pregunta no es precisamente sobre si se requieren o no más recursos. Afirmamos que la deuda sanitaria del país no se puede reducir a hablar de dinero; la crisis, más bien el acumulado de crisis, es en esencia una manifestación de la incoherencia e inconveniencia de un modelo de gestión de los recursos de salud que privilegia la rentabilidad de los negociantes de la salud por encima del interés público y del derecho constitucional a la salud; mientras no se desmonte definitivamente este modelo ningún recurso adicional será suficiente y ninguna política pública de salud será sostenible.

Señor Ministro, le invitamos cordialmente a hacer un análisis serio y profundo de la cadena de intereses, acciones, decisiones y omisiones que nos han llevado al estado actual. Este análisis es un prerequisite para decidir la hoja de ruta del sector ahora bajo su liderazgo. No podemos seguir pegando remiendos ni poniendo más dinero en un bolsillo roto.

En la entrevista usted afirma a la opinión pública que no existe una crisis de la salud. Discrepamos con usted en este punto y, por el contrario, le invitamos a revisar la evidencia proveniente de diversas fuentes y con distintos métodos, publicada en los últimos años sobre los graves problemas

de salud pública que se vienen presentando en el país.

En el anexo que adjuntamos a esta carta le allegamos algunas de las evidencias más importantes en las cuales sustentamos nuestro juicio. No estamos recibiendo en salud de acuerdo a los dineros públicos que estamos gastando.

Tampoco podemos compartir su otra afirmación de que no existe una crisis de los servicios de salud en Colombia.

Los indicadores trazadores de la salud pública que hemos señalado, nos llevan a preguntarnos cuáles son los servicios de salud que estamos ofreciendo para llegar a donde estamos.

Un tema va relacionado con el otro.

Detrás de la crisis en la prestación de los servicios de salud para los enfermos está la crisis de los servicios de salud para los sanos. No tenemos ni los unos ni los otros.

Una lectura desprevenida de los periódicos de la última década nos da una idea: el término “paseo de la muerte” quedó acuñado en la conciencia colectiva, cuando múltiples narrativas en forma sistemática nos señalan que los ciudadanos no están siendo atendidos, donde es, como es y con los recursos y la oportunidad que requieren sus necesidades.

El comportamiento de las tutelas es un fiel reflejo de la mala atención que recibe la población y muestra claramente cómo la institucionalidad de la salud instaurada por el modelo de la Ley 100 se ha dedicado a poner barreras de toda índole para racionar, negar y omitir servicios. Las tutelas, señor Ministro, no son la causa de los problemas del sector como lo plantean algunos; son la expresión y la consecuencia de un modelo injusto de prestación de servicios que insiste en privilegiar la rentabilidad y la contención de costos, a expensas del sufrimiento de los enfermos y sus familias.

La epidemia de sífilis congénita, señor Ministro, se da por una razón simple, a las mujeres gestantes de Colombia, casi el 100% cubiertas con alguna forma de aseguramiento, no se les está practicando el más simple de los exámenes y menos aún se les está dando el menos costoso de los

tratamientos. ¿Esta no es una falla de la prestación del servicio?

La fragmentación de la atención, la falta de continuidad en el servicio, las barreras geográficas, administrativas y culturales, una ética acomodada a la visión rentística, la falta de definición de responsabilidades de otros sectores al logro del mejor nivel de salud, constituyen razones para una urgencia manifiesta en la toma de decisiones. La prestación de servicios de salud no es cualquier industria y no puede administrarse como un negocio más.

Continuar centrando el diagnóstico de los problemas de la salud en Colombia en las finanzas del sistema, mientras se ignoran los serios problemas que encuentran los colombianos para acceder a los servicios de salud, y los pobres resultados que están obteniendo en términos de salud y bienestar, conducirá necesariamente a otro fracaso y a una frustración más.

El sistema requiere ser repensado, redimensionado, así como un nuevo ordenamiento de lo público debe ir acompañado de un reordenamiento territorial, de manera que se restauren y redefinan competencias a las autoridades territoriales de acuerdo con las capacidades y recursos actuales.

Del señor Ministro con toda consideración,

*Luis Fernando Duque Ramírez, MD, MPH*

Ex – Rector Universidad de Antioquia

*Oscar Iván Rojas Rentería, MD, MSc*

Ex – Rector Universidad del Valle

*Francisco José Yepes Lujan, MD, Dr. PH*

Profesor Universidad Pontificia Javeriana

*Marcela Arrivillaga Quintero, PhD*

Directora Departamento Salud Pública, UPJ Cali

*Bernardo Ocampo Trujillo, MD,*

Anestesiólogo Manizales

*Ligia Solano Gutiérrez, MD*

Vicerrectora de Docencia Universidad de Santander

*Gabriel Eduardo Saffon, MD*

Otorrinolaringólogo Manizales

*César Abadía, DMD, DMSc*

Visiting Associate Professor, U. de Harvard

*Linda Guerrero Serrano, MD*

Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica

*Saúl Franco, MD, PhD*

Profesor Universidad Santo Tomás

*Siguen más firmas.*

## ANEXO A LA CARTA ENVIADA POR LOS ACADÉMICOS AL MINISTRO GAVIRIA

La situación de la mortalidad materna e infantil, de las enfermedades inmuno-prevenibles y de los niveles de inmunización, la sífilis congénita, la tuberculosis son solo algunos de los indicadores que muestran la existencia de una profunda crisis de la salud pública.

En el *Informe del año 2012* de la Organización Panamericana de la Salud se mencionan los siguientes indicadores para Colombia:

Entre los años 2006 y 2009, la razón de mortalidad materna aumentó de 70 a 72,9 por 100.000 nacidos vivos. En el año 2009, varios territorios tuvieron valores superiores al promedio nacional, los departamentos de Amazonas (374,3 por 100.000 nacidos vivos), Vichada (278,2 por 100.000 nacidos vivos), La Guajira (222,9 por 100.000 nacidos vivos) y Vaupés (173,9 por 100.000 nacidos vivos). Las principales causas de mortalidad materna fueron las obstétricas directas, es decir en principio evitables con unos servicios de salud de acuerdo a las necesidades.

Según el *Boletín Epidemiológico No 48* del Instituto Nacional de Salud correspondiente a principios del mes de diciembre del año 2012, se notificaron para el año 2012, 512 casos de muertes maternas: 400 fueron muertes tempranas, 74 tardías y 38 por lesiones de causa externa. Las entidades territoriales que aumentaron la notificación respecto al 2011 fueron: Valle de Cauca, Córdoba, Tolima, Bogotá, y Magdalena en orden de proporción.

En comparación con Chile – con un nivel semejante de gasto en salud–, la razón de mortalidad materna en el año 2010, según la misma OPS, estuvo por debajo de 20 por 100.000 nacidos vivos, es decir, Colombia

tiene una razón de mortalidad materna TRES VECES Y MEDIA superior a la de nuestros vecinos.

En el *Informe del año 2012* también se señala que en Colombia la proporción de recién nacidos que pesaron menos de 2.500 gramos aumentó de 6,8% a 8,3% entre los años 2006 y 2009.

Además de la mortalidad materna, otro indicador trazador de la salud pública es la mortalidad infantil. El informe de la OPS afirma que la tasa de mortalidad infantil disminuyó en Colombia al pasar de 22,3 por 1.000 nacidos vivos a 20,6 por 1.000 entre 2005 y 2008. Este es un indicador agregado y no muestra las desigualdades territoriales cuyas dimensiones y causas deben ser identificadas. Según datos de la página web del Ministerio de Salud, la tasa de mortalidad infantil en Colombia en 2009 fue de 20,13 y la del departamento del Chocó de 66,58 por 1.000 nacidos vivos. De nuevo, nuestros vecinos de Chile tuvieron en el año 2008 una tasa de mortalidad infantil por debajo de los 8 casos por 1.000 nacidos vivos.

El Informe de OPS señala que el 30% de la población infantil más pobre, según necesidades básicas insatisfechas, acumuló el 50% de todas las defunciones infantiles, tanto en los años 1998-1999 como en el período 2008-2009.

La lactancia materna exclusiva continúa siendo baja, en el año 2010 solo el 64,2% de los niños fue alimentado con lactancia materna exclusiva en la primera hora de nacidos y tan solo el 42,8% de los menores de 6 meses recibió lactancia materna exclusiva.

El mismo informe señala que en los adultos jóvenes, los homicidios, los accidentes de transpor-

La crisis, más bien el acumulado de crisis, es en esencia una manifestación de la incoherencia e inconveniencia de un modelo de gestión de los recursos de salud que privilegia la rentabilidad de los negociantes de la salud por encima del interés público.

te terrestre, los suicidios y la infección por el VIH representaron las primeras causas de muerte en ambos sexos entre los años 2007-2009. En las mujeres, entre los períodos 1997-1999 y 2007-2009 las causas relacionadas con el embarazo y el parto pasaron del sexto al tercer lugar como causa de muerte, después de los homicidios y los accidentes de transporte terrestre.

El año 2010 fue el de cobertura más baja en vacunación: poliomielitis 88%, BCG 83,5%, DPT 88%, hepatitis B 87,9%, Hib 88%, triple viral 88,5% y fiebre amarilla 78,6%. Es de recordar que las coberturas útiles de vacunación deben ser superiores al 95%, algún día las logramos y no las hemos recuperado.

Frente a los eventos crónicos la respuesta institucional también es deficitaria: “El 8,8% de la población de 18 a 69 años había recibido un diagnóstico de hipertensión; sin embargo, pocos dijeron tomar medicamentos antihipertensivos y menos de 5% recibió asesoría nutricional o recomendaciones sobre la práctica de ejercicio. La prevalencia de diabetes, referida por entrevista en la misma población, fue de 3,5%, pero menos de 2% refirió tomar medicamentos, recibió asesoría nutricional o sobre el ejercicio”.

Para tos ferina, hasta la semana 48 había un acumulado de 10.362 casos, 28,6% confirmados. Al comparar con el año 2011 la notificación ha-

bía aumentado un 218%. Para el año 2012, el país presentó una situación epidémica de tos ferina, situación no reconocida por el Ministerio de Salud. Hasta la semana 48, se reportaron 87 muertes acumuladas por diarreas en menores de 5 años, muertes potencialmente evitables con servicios de salud de acuerdo con las necesidades.

Las enfermedades transmitidas por vectores cuyos factores determinantes se relacionan con el entorno y las condiciones de vivienda, muestran una situación epidémica en el caso del dengue: a la semana 48 del año 2012, se habían notificado 179 muertes probables por dengue, de las cuales 51 han sido confirmadas. La letalidad por dengue grave para Colombia fue de 3,8%.

En el *Boletín 48* del Instituto Nacional de Salud se lee que la tasa nacional de notificación de parálisis flácida aguda era de 0,84 por 100.000 menores de 15 años, lo cual significa que no se cumple la meta de notificación esperada para Colombia, que debería estar por encima de 1, indicando deficiencias en la vigilancia en salud pública.

Esta es solo parte de la evidencia disponible sobre la crisis de la salud pública. Le invitamos cordialmente señor Ministro, a revisarla, porque no se trata solo de definir las políticas financieras del sector, sino también de garantizar la salud de la gente. Esta es realmente la finalidad del sistema de salud y de las políticas sanitarias. **DESLINDE**



Señor Ministro, le invitamos cordialmente a hacer un análisis serio y profundo de la cadena de intereses, acciones, decisiones y omisiones que nos han llevado al estado actual. Este análisis es un prerrequisito para decidir la hoja de ruta del sector ahora bajo su liderazgo. No podemos seguir pegando remiendos ni poniendo más dinero en un bolsillo roto.