Imprimir

In memorian del maestro Fernando Botero.
Hace ya más de siete meses se presentó el proyecto de reforma a la salud, durante estos meses se han realizado cientos de encuentros, audiencias, conferencias, conversatorios, cumbres, debates en medios de comunicación, encuentros regionales y locales para su discusión que comprende un largo período de por lo menos siete años en que desde la Comisión de seguimiento a la Sentencia T760/2008 se inició ese trabajo, que a su vez, fue la continuación de un trabajo iniciado desde el año 2010 en que desde esta Comisión se constituyó un grupo de trabajo que dio como resultado la presentación en el año 2012 de un proyecto de Ley Estatuaria de Salud y un proyecto de Ley Ordinaria. Cientos de organizaciones de la sociedad civil organizados en la Alianza por el Derecho a la Salud, ANSA, fueron quienes con el respaldo de 23 parlamentarios de ocho bancadas con representación en el Congreso radicaron estos proyectos. El proyecto de Ley estatutaria se presentó a consideración del Congreso de la República en el mes de agosto del año 2012 y se hundió por falta de trámite en el mes de diciembre del mismo año.

Tomando como base este proyecto la Gran Junta Médica Nacional con el liderazgo de José Félix Patiño y con el aval del presidente Juan Manuel Santos radicaron en el mes de marzo del año 2013 el proyecto de Ley Estatutaria que hizo trámite en el Congreso y que después de una exhaustiva revisión por parte de la Corte Constitucional (Sentencia C-313 de 2014) fue finalmente sancionada en el mes de febrero del año 2015 y es la Ley Estatutaria 1751 de dicho año. El proyecto de Ley Ordinaria no fue aprobado se hundió en su trámite legislativo.

Tomando como base el proyecto de Ley Ordinaria que no fue aprobada en el Congreso de la República la Comisión de Seguimiento durante cerca de siete años trabajo en la elaboración del proyecto de Ley ordinaria en que se tuvieron múltiples reuniones, consultas a expertos constitucionalistas, consultas con organizaciones médicas y de pacientes, así como a los trabajadores de la salud. En el mes de noviembre de 2021 ya en la campaña electoral para las elecciones presidenciales del año 2022 se realizó una Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al sistema de salud que se reunió durante los días 6 y 7 de noviembre a la que concurrieron 1400 delegados de todo el país y que había sido precedida de la

realización de 19 precumbres regionales. El día 8 de noviembre se presentó a consideración de los precandidatos presidenciales, todos los precandidatos fueron invitados y concurrieron seis de los que entonces habían presentado sus precandidaturas. Allí Gustavo Petro y Francia Márquez se comprometieron a que si llegaban a la presidencia de la República presentarían este proyecto de Ley.

El trabajo continuó y comenzó desde entonces la polarización. Un sector dentro del gobierno y a pesar del explicito apoyo a la reforma por parte del presidente Gustavo Petro y la entonces ministra de Salud Carolina Corcho, se dio a la tarea de oponerse a la reforma lo que condujo a la salida de todo este sector opositor encabezado por el exministro de salud y ministro de educación Alejandro Gaviria con el apoyo público del ministro de Hacienda José Antonio Ocampo y la ministra de Agricultura Cecilia López. Pero la oposición al proyecto cobro la salida de la ministra de salud Carolina Corcho. Al momento de su renuncia el proyecto que había sido radicado el 13 de febrero no solo había sido radicado sino que había tenido ponencia positiva en la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes a pesar de las amenazas a los parlamentarios por parte de los directores de los partidos liberal, César Gaviria, Conservador, Efraín Cepeda y de la U Dilian Francisca Toro, para que no lo apoyaran, dado que ellos no estaban de acuerdo con el proyecto; lo que precipitó el rompimiento de la Coalición Amplia del Gobierno y la declaratoria de independencia de los Partidos de la U y del Partido Conservador. Antes de esa ruptura que se produjo el 25 de abril se realizaron por lo menos ocho reuniones con equipos técnicos de dichos partidos sin que hubiesen presentado estudios serios sobre la inviabilidad o inconveniencia de la misma. Al momento de salir de la cartera de salud la ministra Corcho dejo aprobada la ponencia en la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes y en discusión el articulado del proyecto.

Bajo la administración de Guillermo Alfonso Jaramillo se aprobó el articulado en la Comisión Séptima y acaba de ser aprobada la ponencia en la plenaria de la Cámara de Representantes no sin antes negar el archivo del proyecto, resolver los impedimentos y conformar una comisión accidental que deberá rendir informe en 10 días sobre 390 proposiciones y los 139 artículos que hoy conforman el proyecto.

Las mentiras sobre las que cabalga la oposición a la reforma a la salud

Han hecho carrera un conjunto de mentiras en este debate. Veamos las principales. La primera es que la reforma pretende regresar al modelo del Seguro Social que fue lo que desmontó la ley 100 de 1993. Esta es una mentira del tamaño de una catedral. Primero porque es imposible regresar a ese modelo en que los trabajadores tenían un sistema de salud alrededor del desaparecido Instituto Colombiano de Seguros Sociales, ICSS, que afiliaba a los trabajadores del sector privado y el sistema de las Cajas de Previsión la principal era la Caja Nacional de Previsión, CAJANAL, que afiliaba a los trabajadores del Sector Público, a su lado había decenas de Cajas regionales. La mayoría de la población no tenía servicios de salud y acudía a los hospitales públicos o privados sobre todo regentados por comunidades religiosas para ser atendidos, la llamada atención de caridad.

Hoy es no solo imposible regresar a este sistema fallido. Justamente uno de los avances de la ley 100 fue reconocer que la mayoría de la población no tenía atención de salud y creó el sistema de salud subsidiado al cual pertenece hoy la mitad de la población más o menos el 50% de todas las personas de este país. Lo que no se cumplió y es parte de los problemas de la Ley 100 es que previó que hacia el año 2013, el 75% de los colombianos estarían en el régimen contributivo de salud, esa previsión no se ha cumplido como tampoco lo que previó la ley 100 y es que en el año 2003 se igualarían los planes de beneficios para los afiliados al régimen contributivo y al régimen, esto ha ocurrido por decisión de la Corte Constitucional y de los jueces, pero aún hay una diferencia de la UPC que es la suma que el Estado reconoce por cada afiliado a las Empresas Promotoras de Salud, EPS. Para el año 2023 cada EPS recibe por afiliado del régimen contributivo 1.289.246,40 (un millón doscientos ochenta y nueve mil doscientos cuarenta y seis pesos con cuarenta centavos) y en régimen subsidiado 1.121.396,40 (Un millón ciento veintiún mil trescientos noventa y seis mil pesos con cuarenta centavos). Lo que propone el proyecto de ley es establecer un per cápita por persona dependiendo de la región en la que viva. Es decir, universalizar el derecho a la salud acabando con los regímenes contributivo y subsidiado sin tocar para nada los aportes de los trabajadores y de los pocos empresarios que aún tienen que pagarlo por la nefasta reforma del año 2012 que los libero de esta obligación. Hoy la salud es un derecho universal como lo

mandata la ley estatutaria de salud, todos los colombianos deberán tener un mismo paquete de beneficios y de servicios de lo cual solo se excluyen los tratamientos cosméticos o los tratamientos en el exterior cuando se puedan prestar en el país como lo establece la Ley estatutaria. Eso es lo que contiene el proyecto y no el regreso al modelo que rigió en este país antes de la ley 100 de 1993.

Una segunda mentira es que se acaba el aseguramiento de las personas en el país al régimen de seguridad social en salud. Por el contrario, el proyecto de ley establece un sistema único y público de aseguramiento de todas las personas a cargo del Estado. El sistema de aseguramiento de la ley 100 es un fiasco. Las EPS no tienen un verdadero sistema de aseguramiento aquí todos los recursos del sistema de salud son públicos o los pagan los usuarios a través de las llamadas cuotas moderadoras o los llamados copagos. En realidad, las EPS no tienen un sistema de aseguramiento pues no adquieren reaseguros para sus afiliados. Cuando una EPS quiebra se va del sistema dejando millonarias deudas por las cuales nadie responde. De acuerdo con los datos de la Superintendencia de Salud las EPS deben a los prestadores de los servicios de salud 23 billones de pesos de los cuales unos 7 billones son deudas de las EPS que han sido liquidadas y por esas deudas nadie responde llevando a la quiebra a las clínicas privadas y a los hospitales públicos. Si las EPS fueran aseguradoras tendrían reaseguros para cubrir esas deudas y esto no existe en el país.

Una tercera mentira es que se va a estatizar el sistema de salud y que el Estado es mal administrador como repiten a diario los opositores de la reforma. En Colombia es imposible estatizar la prestación del sistema de salud entre otras razones porque el 80% de las entidades que prestan los servicios de salud son privadas y están constituidas por la red de clínicas privadas y por los centros de ayudas diagnósticas que también lo son. Lo que el proyecto propone es la eliminación de la administración privada de los recursos públicos y el pago directo por parte de la Administradora de los recursos de la salud, ADRES, a quienes prestan los servicios, es decir, a las clínicas, hospitales y centros de ayudas diagnósticas. ¿Es esto posible? Si lo es. Hoy la ADRES paga los servicios al 70% de la población afiliada al régimen subsidiado y al 10 de todas las prestaciones del régimen contributivo. Requiere una modernización de sus sistemas de información y de pagos, pero en ese proceso la ADRES ha

demostrado que tendrá en un lapso de unos dos años esa capacidad. Esos dos años son los que contempla el proyecto de Ley como el período de transición.

Una cuarta mentira es que el proyecto de Ley no tiene estimativos ni estudios financieros. Esto fue parte del debate interno en el gobierno. Desde el mes de enero desde la sociedad civil y conjuntamente con el Ministerio de Salud, se conformó un equipo técnico que elaboró un meticuloso y detallado estudio financiero con diversos escenarios que fue dirigido por el economista Luis Jorge Garay y que al final tuvo que ser avalado por el ministerio de Hacienda en cabeza de José Antonio Ocampo decidido opositor a la reforma a la salud lo que le da aún más méritos al estudio. Ese estudio es parte del proyecto de Ley y es de público conocimiento como el anexo tres. De modo que sería muy útil que las parlamentarias que aún hoy dicen que no hay estudios financieros se tomen el trabajo de leerlo.

De lo que no hablan los enemigos del proyecto de reforma a la salud

En cambio, los adversarios no hablan de la crisis del sistema de salud, a lo sumo y como producto del debate que se ha realizado, hoy reconocen que el sistema es un fracaso en los llamados territorios dispersos que constituyen la mitad del país y en donde viven 20 millones de personas. En las áreas rurales de 630 municipios del país no hay centros de atención en salud, en cerca de 300 municipios no existen hospitales, la mortalidad materna ha aumentado y el sistema es tremendamente desigual también en las grandes ciudades. En donde viven los sectores populares de estas grandes ciudades no existe o es muy deficiente la red de prestadores de servicios de salud. Por favorecer a los prestadores privados la red pública hospitalaria presenta enormes problemas de dotación e infraestructura que deberá ser resuelta fortaleciendo la inversión pública para que se superen sus rezagos en tecnologías en salud y en personal debidamente capacitado. Eso lo contempla el proyecto de Ley.

El 80% de los trabajadores del sector de la salud, que son aproximadamente unos 800 mil trabajadores, vive en condiciones de precariedad laboral sin contratos con prestaciones sociales y seguridad social, sin estabilidad laboral, con contratos por Orden de Prestación de

Servicios, OPS, el proyecto de Ley contempla su laboralización tanto en el sector público como en el sector privado.

Las deficiencias en la prestación de los servicios de salud, es grave así los defensores del actual modelo no hablen de ella. En el año 2019 se interpusieron 223 mil tutelas ante los jueces para exigir citas médicas con especialistas, atención oportuna o medicamentos, que son los motivos centrales de las reclamaciones de la gente. En el año 2022 se interpusieron 109 mil tutelas por los mismos motivos. Esa disminución no fue por mejoras en los servicios sino porque aumentaron las Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias, PQRD, ante la Superintendencia de Salud que recibió para este año 1.300.000 quejas de las cuales 450 mil fueron suplicas de vida, es decir en donde estaba en peligro la vida de las personas. No puede entonces predicarse que estamos en uno de los mejores sistemas de salud del mundo. A estas alturas de 2023 hasta el mes de agosto, ya las reclamaciones de las personas, frente a la Superintendencia de Salud había llegado a 1.300.000 quejas, reclamos y peticiones. Se superará ampliamente el número de reclamos durante este año. El proyecto de Ley contempla el fortalecimiento de la Superintendencia de salud para que tenga presencia en todo el territorio y pueda responder máximo en 72 horas las reclamaciones de los ciudadanos al tiempo que se fortalecen sus funciones para la regulación de los prestadores de los servicios de salud.

La atención primaria en salud prácticamente ha desaparecido bajo el actual sistema donde predomina la atención a la enfermedad. El proyecto de Ley contempla, como en los mejores sistemas de salud del mundo la Atención Primaria en Salud, que dedican cerca del 30% de todos los recursos al nivel de atención primaria. El nuevo modelo da una prioridad a la atención primaria para establecer un sistema de salud con base en la prevención y la predicción. En 10 años el gasto en atención primaria deberá llegar a destinar un 30% de los recursos a este nivel de atención.

Al mismo tiempo y como un instrumento potente de lucha contra la corrupción el proyecto plantea la creación y puesta en marcha de un sistema único de información interoperable para que los millones de transacciones en el sistema de salud puedan ser de dominio público

y en tiempo real de tal forma que la sociedad y los organismos de control puedan hacer seguimiento al manejo de los recursos públicos, un sistema como el que opera en Corea.

Finalmente, el proyecto contempla un robusto sistema de participación restableciendo y fortaleciendo el Consejo Nacional de Salud que será parte de la rectoría del sistema de salud. En todos los niveles se establecen los consejos territoriales de salud que tienen funciones muy importantes de seguimiento a las políticas públicas en salud con capacidad propositiva para los cambios y ajustes a esas políticas públicas, así como al seguimiento a su implementación. Son estos los aspectos centrales del proyecto. Hay allí también una propuesta para fortalecer la producción de vacunas y medicamentos genéricos para disminuir la dependencia de los monopolios de la industria farmacéutica, así como el fortalecimiento de los hospitales universitarios como centros de atención e investigación científica.

La dilación como estrategia para no aprobar el proyecto de reforma

Durante estos siete meses en que ha estado el proyecto en el Congreso, los opositores han hecho de todo para oponerse a su trámite. Lejos de dar una discusión razonada y razonable con argumentos. Repiten las mentiras que he comentado en los párrafos anteriores. No escuchan, acuden al filibusterismo y al obstruccionismo presentado proposiciones sin sentido y recusaciones absurdas. La última de ellas fue la conformación de una Comisión Accidental para volver a discutir lo que se debe discutir sin más dilaciones en la plenaria de la Cámara de Representantes con argumentos y sin más dilaciones. Un debate de cara al país que ojalá sea transmitido en directo por el canal del Congreso.

Hay un importante número de parlamentarios que tiene los suficientes argumentos para defender la reforma y para que ella se apruebe sin más dilaciones. La crisis del sistema es evidente con la intervención forzosa a otras EPS que no reúnen las condiciones mínimas para seguir operando pues ponen en grave riesgo la salud de sus afiliados como ocurrió recientemente con Famisanar y antes con Savia Salud, y con Asmet Salud y Emssanar. Estas EPS intervenidas tenían más de 7 millones de afiliados. Solo cinco de las EPS cumplen con

mínimos estándares financieros para operar. Recordemos que en 1995 operaban 157 EPS de las cuales solo sobreviven 30. Muchas de las liquidadas dejaron millonarias deudas a los prestadores. La reforma es una necesidad. La crisis de la salud sigue su marcha y los opositores siguen dilatando la reforma que se requiere para salir de la crisis.

Pedro Santana Rodríguez, Director Revista Sur

Foto tomada de: ABC.es