Participación social y ciudadana en la reforma a la salud (PL. 339 de 2023)

Imprimir

Esta semana se desarrolló los días lunes, 25, martes 26 y miércoles 27 de septiembre las audiencias públicas de la subcomisión creada por la Plenaria de la Cámara de Representantes para llegar a concertaciones frente a la reforma de la salud, según se plasmó en la Resolución 0741 de 19 de septiembre de 2023 firmada por el presidente de la Cámara de Representantes, el liberal Andrés Calle[1]. En esta resolución se designa a los miembros de la subcomisión, se nombra como coordinadores de dicha subcomisión a los coordinadores ponentes de la reforma a la salud, Martha Alfonso y Alfredo Mondragón. En ella también se señala que la subcomisión tendrá un término de 10 días calendario.
En dicha resolución también se destacan los 42 espacios realizados en el trámite del Proyecto de reforma a la salud, por lo que estas audiencias que se realizaron durante estos tres días lunes y martes (jornada mañana y tarde) y miércoles (mañana) se suman a estos espacios, adicionalmente se ha realizado espacios por la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud como la gran cumbre realizada los días 6 y 7 de noviembre de 2021 donde asistieron casi 1400 delegados de todo el país. Sin dudas, esta es la reforma más discutida, debatida, y que más ha tenido aporte de la ciudadanía (recordemos que el borrador de lo que hoy es el PL 339 de 2023 inició en la mencionada cumbre de noviembre de 2021, de todos los tiempos, incluso más que la Constitución Política de 1991.

Ahora bien, frente al tema de participación ciudadana y social, algunos de los asistentes el día martes en las horas de la tarde donde se discutió este teman, se quejaron que la reforma no continúa suficientes artículos con relación a la participación ciudadana y social dado que el título VI denominado “participación ciudadana y social” contiene sólo dos artículos (82 y 83) frente a la participación ciudadana y social, que señala lo siguiente en el artículo 82 integra todas las leyes han regulado la participación ciudadana y social como La Constitución Política, La ley 10 de 1990, Ley 1934 de 1994, Ley 1438 de 2011, entre otras muchas, y todas las demás relacionadas con este tema. Adicionalmente el artículo 83 establece lo siguiente:

Artículo 83. Ámbitos de la participación ciudadana y social. La participación vinculante de las personas y de las comunidades organizadas podrá ser ejercida en los siguientes ámbitos:

5. Participación en los procesos cotidianos de Atención Primaria en Salud (APS). Además de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los agentes del Sistema de Salud desarrollarán procesos y procedimientos para el libre ejercicio de la autonomía de las personas en materia de salud, de manera que puedan expresar, mediante consentimiento informado y consciente su aceptación o rechazo de cualquier procedimiento o intervención que implique riesgos razonables, técnicos y morales.
6. Participación en la exigibilidad del derecho fundamental a la salud. Los agentes del sistema de salud que participan en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud establecerán mecanismos y escenarios, suficientes y eficaces, para garantizar la exigibilidad de este derecho por parte de las personas y las organizaciones sociales.
7. Participación en las políticas públicas en salud. El sistema de salud, contará con reglas, mecanismos y escenarios para fomentar y desarrollar la participación informada, activa, vinculante y efectiva de los ciudadanos y las organizaciones sociales en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas con salud y seguridad pública social, y en la veeduría y el control social de los planes, programas e instituciones dedicadas al manejo de recursos para la salud y la seguridad social en los diferentes niveles territoriales. Se podrán establecer comités, círculos o consejos de participación en salud en las divisiones locales de los territorios de salud, como parte del desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS), los cuales podrán tener delegados para la organización periódica de asambleas, congresos o conferencias regionales y nacionales de salud que permitan incidir en las políticas públicas de salud, a través del Consejo Nacional de Salud.

Salud.

8. Consulta previa a las comunidades étnicas. El mecanismo de participación de las comunidades étnicas será la consulta previa como derecho fundamental consagrado en la Constitución Política y las leyes, el cual deberá garantizar el consentimiento previo, libre e informado respecto del desarrollo del enfoque diferencial en las políticas de salud y aseguramiento social, y promover procesos de desarrollo de la interculturalidad en salud.

9. Participación en inspección, vigilancia y control. La ciudadanía que participe individualmente o representada en veedurías u organizaciones sociales podrá ejercer las veedurías en salud desde el ámbito micro territorial hasta el nacional en coordinación con los organismos de control del sistema de salud. Se conformará una red de control social y concurrente en los términos que defina el reglamento, la cual se articulará a la Superintendencia Nacional de Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la forma de adecuación de los actuales mecanismos de participación social y ciudadana, su integración, fortalecimiento y financiación en los territorios sanitarios, y los procedimientos para vincular la veeduría y el control social a la Red de Controladores del Sector Salud que coordinará la Superintendencia Nacional de Salud. Los mecanismos de participación social y ciudadana serán especialmente divulgados e implementados en las zonas rurales del país para garantizar la participación de la población rural.

Pero no sólo estos dos artículos tratan sobre la participación ciudadana y social en la reforma a la salud dado que este es un tema transversal en todo el proyecto de ley 339 de 2023 reforma a la salud, veremos algunas de sus menciones:

1. En el artículo 6 de reforma, en su numeral 2, se establece que la atención primaria en salud debe formular con participación comunitaria sobre políticas y planes intersectoriales en el cual se toque determinantes de la salud. El numeral 11 establece que la Atención Primaria en Salud (que será ejercida por todos los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS) “integrará los enfoques de puerta de entrada, familiar, comunitario, longitudinalidad, continuidad”.
2. En el artículo 10 que trata sobre la estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) está dentro de sus funciones “garantizar la participación social y comunitaria

en los procesos de atención y la planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado”.

3. Respecto a las redes integrales e integradas de salud (RIIS), en su artículo 13, que, respecto a la Rectoría y gobernanza de la red, se garantizará la organización regional con procesos de participación social amplia.
4. En el Consejo Asesor de Planeación y Evaluación de las RIIS de cada territorio (artículo 26), habrán delegados de la academia, de la sociedad civil y organizaciones de la comunidad.
5. En el Consejo Nacional de Salud (artículo 31) habrá una gran representación de la sociedad civil que será mayoría (salvo los 5 representantes del gobierno nacional y de gobierno territoriales).
6. En los Consejos territoriales de salud también tendrá gran participación ciudadanía y social en cada territorio (artículo 33).
7. En la Junta Directiva de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) habrá un representante de las comunidades (artículo 41).

   Adenda: Para quienes siempre se encuentran desinformando que los tratamientos de personas con enfermedades crónicas y huérfanas se van a suspender, es una irresponsabilidad porque además están atentando contra la integridad y estado mental de quienes se encuentran en estas difíciles situaciones, y más si son pacientes o representantes de pacientes quienes divulgan tales desinformaciones macabras. Las enfermedades huérfanas tendrán prioridad y especialización que hoy no tienen. La atención para las enfermedades crónicas se mejorará mucho, y existen claros artículos que prohíben la suspensión de tratamientos que mostraremos a continuación:

   Artículo 10. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS):

del territorio designado para la respectiva actualización de la población adscrita.

2. Prestación de servicios de salud:

a. Recolectará la información de la caracterización de su territorio de salud a través de los equipos de salud territoriales, apoyado en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.

b. Elaborar los planes de salud familiar y comunitaria con base en necesidades y potencialidades identificadas.

c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias y saberes ancestrales autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

d. Garantizar a las personas el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos con apoyo de los operadores farmacéuticos.

e. Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras y su prevención según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 16. Acceso y continuidad de la atención en el nivel complementario. El acceso y continuidad de la atención con el nivel complementario de mediana y alta complejidad, se debe establecer teniendo en cuenta la capacidad y los recursos humanos, técnicos y tecnológicos para responder a las necesidades de atención especializada de las personas, mediante la gestión clínica e integral basada en el conocimiento científico a lo largo del tiempo, de forma coordinada y sin interrupciones. El acceso y continuidad de la atención con el nivel complementario, de mediana y alta complejidad, se debe brindar a

todas las poblaciones, urbanas, rurales y dispersas de un territorio, complementándose con las modalidades de prestación de servicios extramural y telemedicina y el apoyo de telesalud. La atención en salud del nivel complementario debe contemplar a la familia o sus cuidadores como sujetos de atención, y también como criterio de humanización en la continuidad del cuidado de la persona.

Artículo 22. Prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras y su prevención. El Ministerio de Salud y Protección Social fomentará y organizará la red de las instituciones o centros especializados en enfermedades raras, con el objeto de optimizar el diagnóstico preciso y oportuno y garantizar la respuesta terapéutica para estas patologías, sin importar la ubicación geográfica de la institución ni del paciente, así como diseñar y llevar a cabo programas de investigación genética que prevengan su incidencia para disminuir su prevalencia.

La prestación de servicios se hará mediante la atención directa de pacientes remitidos desde las coordinaciones departamentales y regionales de referencia y contrarreferencia o utilizando la telemedicina u otras TIC para garantizar asesoría idónea en el manejo y continuidad del tratamiento en el respectivo territorio a las instituciones que prestan atención médica, en articulación con las Direcciones Territoriales de salud y sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias, las Gestoras de Salud y Vida y los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS.

La Administradora de Recursos del Sistema de Salud - ADRES garantizará la financiación de prestación de los servicios para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos de alto costo indispensables en el tratamiento de estas enfermedades.

Artículo 23. Laboratorios de salud pública. Los laboratorios de salud pública son los encargados del desarrollo de acciones técnico administrativas, entre otras, el monitoreo del medio ambiente y animales de compañía, con propósitos de vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario, gestión de la calidad e investigación, información fundamental para el desarrollo predictivo de políticas sanitarias.

Artículo 46. Entidad de Salud del Estado Itinerante. Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos o de difícil acceso geográfico, operará una Entidad de Salud del Estado Itinerante o ambulante del orden nacional, que prestará atención básica y especializada y podrá operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de la policía nacional que determine el Ministerio de Salud y Protección Social. De dichas zonas harán parte las zonas PDET.

Las Instituciones de Salud del Estado - ISE itinerantes serán financiadas con recursos provenientes de los fondos territoriales de salud o recursos del Sistema General de Regalías cuando se trate de gastos de inversión.

Artículo 47. Plan Nacional de Equipamiento en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social estructurará un Plan decenal de Equipamiento y dotación en Salud con criterios de equidad regional, con la participación de las Direcciones Territoriales de Salud, quienes deberán presentar cada cuatro (4) años los planes de inversión en infraestructura y dotación, en concordancia con el período de gobierno, y podrán hacer ajustes a dichos planes por contingencias que ameriten una revisión y ajuste. Este plan se financiará con recursos específicos de la ADRES.

El Ministerio de Salud y Protección Social podrá ejecutar los recursos, del Plan Nacional de Equipamiento en Salud, cualquiera que sea su fuente mediante fiducia mercantil con una sociedad fiduciaria de carácter público.

Artículo 54. Atención de los pacientes con patologías crónicas. Las Entidades Gestoras de Salud al interior de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, preservarán el manejo clínico de los pacientes en grupos con enfermedades crónicas de alto riesgo y tratamiento especializado en el nivel de complejidad que sea requerido, con su médico tratante, dentro de la Institución Prestadora de Salud o Institución de Salud del Estado (ISE) durante al menos seis (6) meses posteriores a su transformación. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explicita basada en la evidencia o se negarán consultas médicas por especialistas dentro de este periodo de transición.

[1] https://drive.google.com/file/d/1266mNkRb1lCszf-P7DCjxBL0V8S0NoXT/view?usp=sharing

Participación social y ciudadana en la reforma a la salud (PL. 339 de 2023)

Tomás Maldonado