Imprimir

El concepto de salud como derecho fundamental es hoy un lugar común, sin embargo, es necesario insistir: la salud de un individuo y su comunidad resultan indispensables para el desarrollo del país. Sin salud se pierde la posibilidad de alcanzar el máximo de las potencialidades de la persona y se limita el progreso de la sociedad.
En Colombia, después de 30 años de la implementación de un modelo que entregó recursos públicos a entidades privadas para su administración, la protección de la salud es una aspiración que este lejos de cumplirse y como derecho consagrado en el bloque constitucional y reforzado por la ley estatutaria 1751 del 2015 es mucho lo que falta por hacer para considerar que se ha alcanzado ese nivel de cumplimiento de este precepto.

Los malos resultados en la mortalidad materna, la desnutrición infantil, la concentración y falta de transparencia de los recursos públicos y la poca posibilidad de acceso de las personas en regiones apartadas nos muestran el contraste entre la teoría y la realidad

Los datos son contundentes, si consideramos que 630 municipios en el país no cuentan con un puesto de salud a donde acudir en caso de enfermedad o las denuncias de tutelas interpuestas reportadas por la defensoría del pueblo en 2022, donde se solicita un servicio que corresponde a una obligación contractual de las intermediarias de los recursos públicos.

Pareciera que no hemos podido apreciar la fuerza que tiene el concepto de derecho fundamental a la salud, como un mandato de la ley estatutaria 1751 del 2015 que lo define como un derecho autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.” Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”

En Noviembre 6 y 7 del 2021 en una gran Cumbre Social y Política por una reforma estructural al sistema de salud, la Comisión de seguimiento de la sentencia 760 , órgano consultor de la corte constitucional en temas de salud, hizo entrega de un borrador de un articulado que plantea una reforma estructural al sistema de salud siguiendo los lineamientos de la ley estatutaria 1751 del 2015 que fue discutida y construida por muchas organizaciones de la sociedad civil, representantes de trabajadores de la salud, academia, campesinos, indígenas, sindicatos, etc. El borrador del articulado también fue enviado a los precandidatos presidenciales sin excepción y el 5 de Enero del 2023 se entregó al presidente de la República, Gustavo Petro.

Luego de su revisión por el equipo jurídico y económico de la presidencia, el 13 de febrero, en una ceremonia en la plaza de armas en el palacio de Nariño en Bogotá, el proyecto de reforma estructural al sistema de salud fue radicado en la secretaría de la Cámara de Representantes.

El proyecto de reforma al sistema de salud plantea 5 puntos fundamentales.

Manejo de recursos públicos por el Estado

Hoy el país se encuentra ante la primera posibilidad viable de una modificación sustancial del ordenamiento legal que dio origen a la privatización de la salud y la seguridad social que en 1993 cuando entregó los recursos públicos a entidades privadas para la administración que conlleva mecanismos de transacción tramposos, en su afán rentista que afectan la atención de los pacientes y de un inmenso desperdicio de enormes recursos del sistema

El distanciamiento del actual modelo de prestación de la ley 100 de 1993, a través de estos intermediarios, convertidos en agentes económicos poderosos que llevaron a la perdida de la rectoría del Estado para operar la garantía del derecho a la salud, dando como resultado una cobertura de las prestaciones médicas, aisladas, que segmentó a la población y fragmentó la atención, sin contextualización en su integralidad ni en su interacción con las intervenciones colectivas en lo que concierne a la Salud Pública.

La reforma estructural al sistema de salud propone la recuperación de la administración de los recursos públicos bajo la dirección del Estado en donde se permita la formulación y adopción de *"políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad, acciones colectivas e individuales y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho, la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema".* Esto, por una parte, expande el ámbito regulatorio del Estado no solo a las relaciones entre los agentes sino a las que se dan entre estos y los ciudadanos, y, por otra, expresa el derecho de estos al acceso integral. Así se justifica de un modo sustancial la implantación de un modelo integral de atención regulado.

Atención primaria en salud

Según la Organización mundial de la salud, "un sistema de salud basado en la atención primaria de salud orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

En el articulado se establece como eje central, el enfoque de atención primaria en salud con capacidad resolutiva, definido como el contacto primario entre las personas y el sistema de salud ya sea individuales y colectivos con un enfoque de salud familiar y comunitaria. Se desarrolla en el marco de una estrategia que permite articular y coordinar los servicios de salud con otros sectores de la acción estatal con participación activa de las comunidades, la participación social efectiva que empodera a la población en la toma de decisiones, para garantizar la integralidad y eficacia de la atención, la intervención favorable sobre los determinantes sociales de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones en sus territorios.

Mantener este enfoque de atención en el sistema de salud requiere tener capacidad para responder equitativa y eficientemente a las necesidades sanitarias de los ciudadanos, incluida la vigilancia, evaluación continua; la responsabilidad y obligación de los actores de

rendir cuentas; la sostenibilidad; la participación; la orientación hacia las normas más elevadas de calidad y seguridad; y la puesta en práctica de intervenciones intersectoriales que están planteadas en el proyecto de ley.

Este modelo de atención se debe llevar a cabo a través del funcionamiento de redes las cuales requieren a su vez que sean integradas, obligadas a informar continuamente y en tiempo real su actividad a través del Sistema Público Único de Información en Salud y rendir periódicamente cuentas al Estado y a la sociedad con exigencia de la aplicación de los principios de la cooperación y del reconocimiento de la planificación territorial en beneficio de los resultados sociales y de salud, Esta integración podrá ser funcional por convenios de cooperación

La integración funcional de las redes en el actual modelo de salud, no ha funcionado bajo las directrices de la Ley 100, que puso a las entidades prestadora de salud a competir por los pacientes (por los pagos que ellos representan), subordinando la cooperación a la competencia. Lo anterior genera uno de los graves problemas existentes hoy en el SGSSS, como lo es, la desconexión entre las funciones de salud pública y las del aseguramiento.

Esta competencia ha llevado a una fragmentación en dónde cada entidad elabora sus propios protocolos y cada asegurador su propia red, sin articulación. El Artículo 8 de la LES, sobre integralidad, resalta en forma especial que los servicios de salud “deben presentarse en forma completa” y que “no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario”. La integralidad comprende “todos los elementos esenciales para lograr el objetivo médico respecto a la necesidad específica diagnosticada”, lo que implica avanzar hacia un modelo de atención en salud con rutas específicas contratadas en forma integral”

Laboralización de los trabajadores

La Ley 100 de 1993 cuyo principal objetivo es la rentabilidad económica, generó una política generalizada de contención de costos. La contratación con clínicas y hospitales con contratos

onerosos, han llevado a la reorganización financiera de las mismas y el activo variable más fácil de controlar son los costos laborales, así hoy se tiene dentro del sistema 80 % de los trabajadores deslaboralizados que representa inestabilidad laboral y perdida de garantías como prestaciones sociales , derecho a vacaciones o incapacidades con bajos honorarios que reciben con retrasos hasta de 13 meses , sin reconocimiento de los intereses de mora.

La Defensoría del Pueblo ha denunciado también que el personal médico de algunas clínicas privadas en el país se contrata mediante cooperativa, o contratos sindicales lo que precariza los derechos laborales.

Por otra parte, la autonomía profesional esta muy lejana de ser una posibilidad real, dado que, persiste el constreñimiento a la hora de la prescripción de algunos medicamentos considerados de alto costo, el ordenamiento de procedimientos diagnósticos o remisión a especialistas.

La política de contención de costos apunta al constreñimiento del acto médico en forma explícita controlada por auditores que se rigen por cifras y costos, como lo demostró el estudio de la Defensoría del Pueblo en el año 2007. La Defensoría encontró varias modalidades de restricción: Por tiempo, por paciente o por patología; por el número máximo de exámenes en cada consulta o el número de medicamentos por fórmula. Barreras de acceso de orden administrativo, financiero, geográfico y de interculturalidad.

La propuesta de la reforma estructural al sistema de salud acorde con el artículo 17 de la LES “garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica”. De aprobarse la reforma no existirán las autorizaciones para órdenes médicas, que son barreras de acceso administrativas, bastará con la solicitud del médico, quien como regulador del gasto tendrá bajo su responsabilidad la autorregulación, condición exigible para la autonomía médica, y la ética colectiva de la profesión médica, *dando así la oportunidad de construir* un modelo de atención en salud, que apunte a la calidad, medida

con indicadores robustos de logros en salud, con transparencia y visibilidad del que hacer de los actores del sistema y con respeto absoluto a los intereses de los enfermos.

Intervención de los determinantes sociales de la salud

El enfoque de los determinantes sociales de la salud (DSS) surgió como un nuevo paradigma en el abordaje de las inequidades en salud. “Los modelos biomédicos de atención de la salud disminuyen las consecuencias adversas de las enfermedades, pero no son suficientes para mejorar efectivamente la salud a nivel individual y general, como tampoco lo son para actuar sobre las persistentes inequidades. Lo anterior implica aceptar que la atención médica no es el principal condicionante de la salud de las personas, sino que está determinada en gran parte por los factores sociales en los cuales se vive y trabaja”

En esta sentido y acorde al artículo 9 de la ley estatutaria 1751, el articulado establece un Comité de determinantes sociales donde el Presidente de la República presidiera la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud, la cual estará conformada por todos los Ministros del gabinete, quienes deberán establecer las intervenciones y recursos para actuar sobre los Determinantes de la Salud según la información epidemiológica que presente el Instituto Nacional de Salud (INS), quien deberá solicitar información a las demás instituciones, con esta política se pretende mejorar el peso de las condiciones económicas, demográficas y sociales que hoy representan una enorme reto para el país

Sistema único publico integrado de información

La ley estatutaria de salud plantea en el artículo 19 “Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros.”

La reforma estructural implementará un sistema de información único, publico e integrado

organizado en un nivel operativo que permite el uso de la información para la atención de las personas y uno estratégico que analizará la calidad de vida de la población para la toma de decisiones y permitirá la transparencia en el manejo de los recursos dentro del sistema y un blindaje contra la corrupción.

Finalmente, la reforma estructural al sistema de salud plantea un cambio de fondo, no para ajustar nuevamente la ley 100 de 1993 si no para desarrollar a plenitud la Ley Estatutaria en Salud y así, garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud para todos los residentes en el país, bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado

Esperamos que el congreso escuche el clamor ciudadano y le dé cumplimiento a lo que dispuso el pueblo soberano, cuando eligió al presidente Gustavo Petro

_____

Ley estatutaria de la salud 1751 del 2015

Organización Mundial de la Salud (OMS). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. *Declaración Atención Primaria en Salud* [en línea]; 1978. p. 93.

Vega J, Solar O, Irwin A. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. Determinantes sociales de la salud en Chile: en la perspectiva de la equidad. 2005. p. 89.

Ana María Soleibe