

¿Qué universidad queremos?

LA CRISIS DE LA SALUD EN COLOMBIA La pandemia y la reforma al sistema de salud Carolina Corcho Mejía

Médica Psiquiatra

DECÁLOGO POR UN CAMBIO ESTRUCTURAL DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008,
por una Reforma Estructural del Sistema de Salud

Nº 12

Enero - marzo de 2021

ISSN: 2322-9764



Universidad
del Valle



años
1945 - 2020

Departamento
de Filosofía

¿QUÉ UNIVERSIDAD QUEREMOS? No. 12

**LA CRISIS DE LA SALUD EN COLOMBIA
La pandemia y la reforma al sistema de salud
Carolina Corcho Mejía**

Médica Psiquiatra

Presidenta de la Corporación Latinoamericana Sur
y Vicepresidenta de la Federación Médica Colombiana.

**DECÁLOGO POR UN CAMBIO ESTRUCTURAL
DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
EN SALUD**

Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008,
por una Reforma Estructural del Sistema de Salud.



Departamento de Filosofía

Título: ¿Qué universidad queremos? No. 12

La crisis de la salud en Colombia
La pandemia y la reforma al sistema de salud
Carolina Corcho Mejía
Médica Psiquiatra

Decálogo por un cambio estructural
del sistema de seguridad social en salud
Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008,
por una Reforma Estructural del Sistema de Salu

Publicación del Departamento de Filosofía
de la Universidad del Valle

ISSN 2322-9764

Comité Editorial

William Álvarez Ramírez
Omar Díaz Saldaña
William González Velasco

Director-Editor

Luis Humberto Hernández M.

Diagramación

Luis Humberto Hernández M.

Impresión

Unidad de Artes Gráficas
Facultad de Humanidades
Santiago de Cali, marzo del año 2021

Este folleto o parte de él no puede ser reproducido por ningún
medio, sin autorización de los editores.

ÍNDICE

Presentación	7
Introducción	9
La crisis del sistema de salud y los proyectos de reforma	
Crisis del sistema de salud y proyectos de reforma.	13
El lobby de las EPS en el Congreso de la República, frente al Proyecto de ley 010 de Salud.	23
Salud: que todo cambie para que todo siga igual.	31
Reforma de la salud busca fortalecer los negocios, no el derecho fundamental de la salud.	39
Un proyecto de reforma de la salud que no resuelve su profunda crisis.	45

La desastrosa gestión de la pandemia
por parte del gobierno

La urgencia de declarar las vacunas como bien público universal.	55
Un sistema de salud frágil para hacer frente a la pandemia.	61
La vacunación en Colombia, mucho show y pocas vacunas.	71
Pandemia con el agua al cuello y sin salida.	77
El desastroso manejo gubernamental de la pandemia.	85
Decálogo por un cambio estructural del sistema de seguridad social en salud	93
Números anteriores <i>¿Qué universidad queremos?</i>	113

PRESENTACIÓN

¿Qué universidad queremos? es una publicación periódica del Departamento de Filosofía de la Universidad del Valle que se propone divulgar la producción intelectual orientada a la reflexión crítica sobre la universidad colombiana y, particularmente, de nuestra *alma mater*. Nació en el año 2011, en el contexto de la indignación nacional de los estudiantes, profesores, trabajadores y la ciudadanía en general contra la Reforma a la Ley 30 de la educación superior. *¿Qué universidad queremos?* se afirma en la convicción de que la autonomía es un principio fundamental de la universidad y que, una de las tareas más importantes de la universidad pública consiste en pensarse a sí misma, impulsar y garantizar la plena libertad como condición necesaria para el debate y la construcción colectiva del *ethos* universitario, propendiendo por un pensamiento crítico sobre la universidad que, analizando el *ser* universitario con sus fortalezas y debilidades, se oriente a pensar y construir su *deber ser*, indagando las condiciones y posibilidades de la universidad en su compromiso con los grandes problemas nacionales y en el fortalecimiento de la participación ciudadana y la democracia. *¿Qué universidad queremos?* está abierta a todos los sectores y estamentos que deseen expresar sus ideas y puntos de vista sobre los fundamentos y el quehacer cotidiano de la universidad, atreviéndose a presentar propuestas alternativas que puedan hacer realidad la universidad que queremos.

INTRODUCCIÓN

En este número ampliamos el contexto en el que se inscriben los artículos presentados en esta publicación, referente a problemas que aquejan a la universidad pública, respondiendo a la necesidad de desarrollar una reflexión crítica sobre algunos de los conflictos que constituyen la raíz del paro nacional que vive nuestro país, como también de la pandemia del Covid-19. En esta edición de *¿Qué universidad queremos?*, publicamos dos documentos: el primero está constituido por una serie de artículos de la doctora Carolina Corcho Mejía, médica psiquiatra, impulsora e investigadora de la salud como derecho fundamental, que agruparemos bajo el título: *La crisis de la salud en Colombia. La pandemia y la reforma al sistema de salud*. Los artículos han sido agrupados en dos partes: primero, la crisis del sistema de salud y los proyectos de reforma y, segundo, la desastrosa gestión de la pandemia por parte del gobierno. Además, publicamos el documento titulado: *Decálogo por un cambio estructural del sistema de seguridad social en salud*, que contiene las bases de una Reforma Estructural al Sistema de Salud, en desarrollo de la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751/2015, elaborado por la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, por una Reforma Estructural del Sistema de Salud, que es un organismo técnico y representativo de diversas

organizaciones*, con las que participó en el diseño, discusión, trámite y aprobación de la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015, la cual sentenció que en Colombia la salud es un derecho constitucional fundamental autónomo y humano. Los autores de esta propuesta esperan que este documento sea objeto de un debate público, sobre un tema tan crucial para garantizar el derecho a la salud de los colombianos.

Agradecemos a la *Revista Sur* el habernos permitido reproducir los artículos de la Doctora Carolina Corcho Mejía, quien actualmente es la presidenta de la Corporación Latinoamericana Sur y Vicepresidenta de la Federación Médica Colombiana; así como el documento: *Decálogo por un cambio estructural del sistema de seguridad social en salud*.

* Federación Médica Colombiana (FMC); Asociación Médica Sindical Nacional (ASMEDAS Nacional); Asociación Nacional de Internos y Residentes (ANIR); Asociación Colombiana Médica Estudiantil (ACOME); Médicos Unidos de Colombia (MUC); Asociación Sindical Médica de Antioquia.

**LA CRISIS DEL SISTEMA DE SALUD
Y LOS PROYECTOS DE REFORMA**

CRISIS DEL SISTEMA DE SALUD Y PROYECTOS DE REFORMA*

En el contexto de la pandemia por SARS COV COVID-19, la Procuraduría General de la Nación ha señalado que las EPS adeudan a las clínicas privadas 28 billones de pesos, por el lado de los hospitales públicos 11,4 billones, y 590 mil millones de pesos por el lado de las instituciones mixtas¹. Es un sistema francamente en quiebra, insostenible financieramente, que no tiene un sistema de información público en línea, como lo hemos solicitado durante muchos años, que dé cuenta de manera precisa de la situación financiera, administrativa, sociodemográfica y garantice el derecho a la salud, que nos permita si quiera saber con exactitud, si estas son las cifras o no. Esto sumado a que el año pasado se presentaron 220 mil tutelas, por no atención de servicios de salud, y aproximadamente un millón de quejas dirigidas a la superintendencia de salud, por la misma causa.

* Artículo publicado el 24 de agosto 2020 en la Revista Sur.
<https://www.sur.org.co/category/revista-sur/>

¹<https://www.asuntoslegales.com.co/actualidad/endeudamiento-con-ips-publicas-y-privadas-asciende-a-41-billones-segun-la-procuraduria-general-3046705>.

La pandemia evidenció esta profunda crisis de la salud, que nos es nueva, que uno podría describir en general, en tres grandes categorías: 1. Una ausencia de rectoría del sistema por parte del Ministerio de Salud y las Secretarías departamentales, municipales y distritales, que no tienen ningún poder de acción sobre las EPS, más allá de las débiles facultades que les otorga la norma. 2. Un desmonte de la salud pública y de la atención primaria en salud en todo el territorio nacional, este es un sistema de alto costo, no preventivo. 3. Una precarización de los trabajadores de la salud, contratados bajo todas las formas miserabilistas e ilegales de contratación laboral, con contratos basura.

La pandemia puso en el centro y evidenció esta profunda crisis de la salud, que nos está costando que hoy Colombia sea el quinto país del mundo con las mortalidades totales más altas, el aumento de los contagios no se detiene, a pesar de los partes de triunfo y tranquilidad que los mandatarios dan a la opinión pública, existe algo que el marketing publicitario no puede cambiar, y son los hechos, la realidad, la vivencia misma de la gente frente al sistema de salud.

Uno esperaría entonces que el Congreso de la República reaccionara, y adelantara la gestión de una legislación adecuada al país para transformar un sistema de salud fallido, pero no es así, es todo lo contrario, radicaron dos proyectos de ley que van en el sentido de ahondar el modelo que hoy está en crisis. En la Comisión séptima del Senado radicaron el PL 010 por la Crisis del sistema de salud y proyectos de reforma por el cual «se realizan ajustes al SGSSS en el marco del sistema de salud, y se desarrolla la

ley estatutaria en salud 1751 de 2015», que es apoyado por el Gobierno Nacional, su bancada y la de Cambio Radical. Este proyecto contiene un refrito de varias leyes y actos administrativos en Colombia que no han funcionado, que buscan salvaguardar a las EPS a toda costa —esas mismas entidades que tienen represadas 70.500 pruebas Covid en la pandemia, y no están haciendo seguimiento de la misma—; en el tema laboral es una burla a los trabajadores, es inocuo, con enunciados exhortativos para nada vinculantes.

El otro proyecto es uno radicado en Cámara de Representantes, que se denomina «Proyecto de ley 331 de 2020, por medio del cual se fomenta el trabajo digno del talento humano en salud y se dictan otras disposiciones», contiene un refrito de normas vigentes en Colombia, pero es peligrosísimo porque su columna vertebral es la legalización de la tercerización laboral, figura que ha sido una de las responsables de la explotación y precarización de los trabajadores del sector. Este fue presentado por la bancada del gobierno y el inexplicable e inaudito apoyo de algunos sectores de las bancadas de la oposición.

En ese sentido, ahora además de que nos corresponde enfrentar la primera línea de atención de la pandemia, en donde hemos perdido varios colegas y tenemos en vilo nuestras vidas por la precariedad en el acceso de elementos de protección personal, ahora nos toca dirigirnos al Congreso a luchar para que no retrocedan más nuestros derechos laborales y el derecho a la salud reconocidos en la Constitución Política, los acuerdos internacionales del Estado colombiano, y la normatividad vigente en Colombia que es suficientemente garantista.

Proyecto de ley 010 por el cual se reforma el Sistema de Salud y se desarrolla la ley estatutaria

Este proyecto dice nominalmente que reglamenta la ley estatutaria, pero su contenido es todo lo contrario. Es un proyecto que reglamenta de manera central, las transacciones comerciales en el sistema de salud, esto no tiene nada que ver con el derecho fundamental a la salud, del cual se ocupa la ley estatutaria. Se ocupa de manera exhortativa y no vinculante del tema laboral del sector, y se excede en los límites que tiene el Congreso de la República respecto a la autonomía universitaria, definiendo modificaciones a la estructura de los currículos del programa de medicina, y su posgrado en medicina familiar. En general es un proyecto inocuo, que profundiza lo que tenemos hoy, y recoge normatividad vigente en Colombia que se ha desarrollado a través de anteriores reformas a la salud como la 1438 de 2011, el plan de desarrollo del actual gobierno, decretos y resoluciones expedidas por los dos últimos gobiernos, en donde a la usanza del exministro Alejandro Gaviria, se invocaba en primera línea la ley estatutaria, para contra reformarla a renglón seguido, dando continuidad al negocio de la salud instaurado en Colombia.

El proyecto tiene como uno de sus objetivos la territorialización de las EPS, a las que se les cambia el nombre por aseguradoras, no se eliminan, como lo han querido presentar ante la opinión pública. Esta territorialización, corresponde a la misma propuesta del gobierno del Presidente Santos, desarrollada por el actual Ministro Ruiz, que era entonces viceministro de la cartera,

denominada Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), que intentaba, en medio de una profunda crisis del sistema, que siempre han reconocido en todas las exposiciones de motivos de proyectos de ley, mantener el aseguramiento comercial de las EPS a toda costa. La idea que se les ocurrió fue que los territorios de zonas dispersas podían funcionar con solo una, para hacer factibles las mismas, que han hecho agua en estos territorios que constituyen la mitad del país. Frente a este modelo se hizo una prueba piloto en el Guainía, que contó con un estudio del mismo que realizó Planeación Nacional, cuyos resultados no fueron positivos. Entre otras cosas, el estudio lo quitaron de las páginas oficiales de planeación, pero yo alcancé a bajarlo (para quien esté interesado en conocerlo). Este modelo que no mostró resultados positivos, es el mismo que nos están proponiendo como una novedosa revolución en el articulado en mención.

El proyecto señala que se deben eliminar las malas EPS para que continúen las buenas. Para que esta premisa se ejecute no se requiere este proyecto de ley, el Congreso de la República aprobó hace poco una ley que da dientes a la Superintendencia de Salud para que ejerza la labor que le corresponde en la vigilancia y control de las EPS, lo que se requiere es acción. No entiende uno como, por ejemplo, una EPS como Medimás, que cumple con todas las causales de incumplimiento de las flexibles exigencias de existencia que les han otorgado los gobiernos, continúa incólume, esta EPS debería estar liquidada, como muchas otras que reposan dentro de los listados de vigilancias especiales de la Supersalud.

Otra perla del proyecto en mención, es la entrega de Hospitales Públicos a Alianzas Público Privadas para administración y dotación de los mismos. Los estudios de esta figura, realizados en el Reino Unido, que comenzó con esta modalidad y terminó por abolirla, es que los hospitales construidos bajo esta modalidad resultan tres veces más costosos, que si el Estado los hubiera hecho solo. En Europa esto ha derivado en enormes «elefantes blancos» y especulación financiera con los recursos públicos; solo en Colombia se les puede ocurrir proponer esto, como la gran novedad.

El tema del recurso humano en salud, se centra en el fortalecimiento de la medicina familiar como especialidad, con una mínima comprensión, entre otras cosas, de esta disciplina del saber médico; proponen una reforma al currículo del pregrado médico para que esta especialidad se inicie desde el último año del internado de medicina, continúe durante el rural y se termine como posgrado, aspiran a que se tenga un currículo único agenciado desde el gobierno, una afrenta contra el principio de autonomía universitaria.

Como si fuera poco, proponen restricciones al régimen subsidiado de salud, dando continuidad a lo que se pupitrió en el actual plan de desarrollo, en donde se clasifica a la gente entre pobres y menos pobres, y los menos pobres deben contribuir solidariamente con el sistema, Robin Hood al revés, los nuevos desempleados deben contribuir al sistema, y no los que más posibilidades de ingresos económicos tienen, vaya principio de solidaridad. Por si fuera poco, se le encomienda a los pacientes el

«autocuidado», so pena de ser sancionados con pago de nuevas cuotas moderadoras y copagos. Esto va en la línea de culpabilizar a la gente por su enfermedad, y cobrarles por esto. Nadie niega que los pacientes tienen deberes consigo mismos, pero hacer de esto un asunto punitivo y de negación de servicios, atenta contra el derecho a la salud y connota un profundo desconocimiento del acto médico y de la historia natural de la enfermedad.

Esto es una apretada síntesis de todo lo que contiene este proyecto, uno de cuyos mentores, el Doctor Germán Vargas Lleras, lo denomina una verdadera revolución de la salud. Tenemos que volvernos serios en este país, y eso pasa por hacer una real reglamentación de la ley estatutaria, que implica entre otras medidas, una Reforma Estructural del Sistema de Salud.

Proyecto de ley 331 de 2020 «por el cual se fomenta el trabajo digno del Talento Humano en Salud y se dictan otras disposiciones.»

Este es otro proyecto de ley con el que fuimos asaltados, esta vez en la comisión séptima de la Cámara de Representantes, el título suena atractivo, algunos hasta alcanzamos a celebrar cuando lo vimos en las redes sociales como un logro para los trabajadores de la salud, hasta que lo leímos.

Este es un proyecto que si fuera coherente con su contenido, debería denominarse, «proyecto de ley mediante el cual se reglamenta la tercerización laboral en el sector salud y otras disposiciones». Es un articulado que desde su redacción misma, asume una terminología ambigua y

enmascarada de las lógicas del contrato laboral, cambia la palabra empleador, por el de agente y actor, todo el tiempo está hablando de diversos vínculos contractuales, incluida la Orden de Prestación de Servicios (OPS), que es la mayor forma de modalidad de contratación tercerizada de los trabajadores de la salud. El objetivo del proyecto es generar un conjunto de medidas para que estas formas de contratación sean lo menos peores posibles.

En un artículo, uno alcanza a identificarse con el proyecto cuando dice que se prohíben todas las formas de tercerización e intermediación laboral, pero luego en un párrafo siguiente, aclaran que se exceptúa de esta prohibición a los profesionales de la salud especialistas, es decir la franja del sector que estamos más tercerizados. Y los siguientes artículos están todo el tiempo en clave de una terminología ambigua en los términos del contrato civil y comercial, y no del contrato laboral. Es tan evidente esa terminología, que hasta yo que soy médica me di cuenta en una primera lectura rápida que hice del proyecto. En otro apartado, sin rubor, explicitan que la remuneración de los trabajadores será definida por los Ministerios de salud y del Trabajo, es decir, acaban con la negociación colectiva, la convención colectiva que es el corazón del sindicalismo. Existen una serie de artículos que son la repetición de disposiciones contenidas en la normatividad vigente en Colombia y en el Código sustantivo del trabajo. En otro artículo existe una alusión a dar un tiempo al gobierno para adelantar la formalización, pero luego se contradicen en tanto esto no debe tocar las plantas de personal, entonces, ¿cómo se va a formalizar?

En últimas, dos proyectos de ley que en sus exposiciones de motivos y títulos reconocen la profunda crisis de la salud en Colombia y la de sus trabajadores, pero en sus desarrollos, proponen profundizar los elementos que han originado la crisis. Insisto, en Colombia tenemos que volvernos serios, no podemos seguir haciendo juego de palabras para ocultar los hechos y la realidad. Una masacre es una masacre, así como la tercerización es tercerización y no es dignificación, un negocio con la salud es un negocio, y no es de ninguna manera el derecho fundamental a la salud.

En ese sentido me sumo a las solicitudes de las diversas organizaciones de la sociedad civil, gremiales, sindicales de profesionales de la salud, que han pedido al Congreso archivar estos dos proyectos de ley. Invitando a que se tenga un sentido de coherencia entre el problema que describe y pretende resolver con las propuestas y las soluciones que se presentan. El país debe abocarse a una reforma estructural del sistema de salud, que contenga un estatuto de los trabajadores de la salud, en reglamentación de la ley estatutaria en salud. Esa es una de las agendas de transición democrática del país en la era Covid-Poscovid.

EL LOBBY DE LAS EPS EN EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA, FRENTE AL PROYECTO DE LEY 010 DE SALUD*

En anteriores publicaciones, hemos dicho que dos proyectos de ley cursan en el Congreso de la República que de manera eufemística dicen que van a mejorar las condiciones la salud de los colombianos y la de los trabajadores de la salud. Uno es el Proyecto de Ley 331 que dice que buscará la «dignificación del talento humano en salud», en donde hasta el propio gobierno nacional coincide con las 54 organizaciones gremiales, sociales, sindicales, en carta dirigida a la Cámara de Representantes, en las que reconoce el carácter inconstitucional de una parte importante del articulado, que termina por avalar la tercerización laboral en un importante grupo de profesionales de la salud especialistas, contrariando diversos fallos de la justicia colombiana que prohíben estas prácticas que han derivado en la precarización laboral y el derecho fundamental a la libertad sindical.

El otro proyecto, es el que fue radicado en la comisión Séptima del Senado, el 010, que según dice, busca realizar

* Artículo publicado el 21 de septiembre 2020 en la Revista Sur. <https://www.sur.org.co/category/revista-sur/>

«una reforma al sistema de seguridad social en salud y reglamentar la ley estatutaria», otro eufemismo, dado que como se ha demostrado en diversos documentos radicados en el Congreso, este Proyecto no es más que un refrito de un conjunto de normatividad fallida que no han resuelto ni resolverán la profunda crisis de la salud en Colombia, mucho menos es una revolución de la salud como lo dice uno de sus mentores, el Doctor Germán Vargas Lleras en una de sus columnas del periódico *El Tiempo*. En este articulado no hay nada nuevo, de lo ya intentando en Colombia por múltiples mecanismos inconstitucionales, para salvaguardar el negocio de la salud, que nada tiene que ver con el derecho fundamental a la salud promulgado en la ley estatutaria 1751 de 2015.

Han dicho que van a tramitar este proyecto de ley, con mensaje de urgencia, para evitar mayor debate, con el único Congreso de la República del mundo que no está sesionando presencialmente, y que ha adelantado reformas constitucionales por zoom. Ante la ausencia de una agenda política legítima, y una ruta de agenda para el país, el gobierno de Iván Duque, quiere posicionar la idea que está adelantando grandes reformas, en temas sensibles para la ciudadanía, como es la salud. En medio de esto, las EPS representadas en la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), las grandes favorecidas por este gobierno —como lo demostró en el Plan Nacional de Desarrollo aprobado para el cuatrienio—, adelantan un lobby frente al Congreso. El 8 de septiembre dirigieron una carta al senador Fabián Castillo, autor de la iniciativa, para proponer unas precisiones al proyecto de ley, que no les disgusta, miremos algunos elementos de la misiva.

Las EPS pretenden que el Congreso de la República, en contra de diversas de sentencias de la Corte Constitucional, desde el año 1998, y leyes emitidas por esa misma corporación, les reconozca los recursos de la UPC (monto per cápita que les reconoce el Estado por cada afiliado al año), como recursos propios, para uso privado. Así lo expresan en la carta: *«Esto es, que se deûna de una vez por todas, que la prima es un ingreso del asegurador, con el cual ha de cumplir su misión legal, y cerrar así la ambigüedad estratégica con la que el estado ha operado en relación con la naturaleza jurídica de la UPC.» ACEMI*

Los recursos de la salud son recursos constitucionalmente declarados públicos, con destinación específica. Las mal llamadas empresas promotoras de salud, EPS, no son aseguradoras, son fácticamente administradoras de recursos públicos de la salud, aportados por todos los colombianos. Este sistema de salud, tiene aportes mínimos, casi inexistentes por parte del sector privado, la gran mayoría de recursos son públicos. La solicitud de ACEMI, busca eludir una serie de investigaciones fiscales y penales, que han avanzado a paso de tortuga, por apropiación ilícita de recursos públicos, como es el caso de Saludcoop, que generó un desfalco de 1,5 billones, aún perdidos, y Medimás, que tiene apertura por otros 1,5 billones, dado que destinaron los recursos de los colombianos a otros negocios no autorizados por la Constitución y la ley, mientras los colombianos interponían cada año más de 208 mil tutelas, en el último año, para acceder a servicios de salud.

Desde el inicio de la ley 100 de 1993, aupadas en la ambivalente normatividad expedida por la puerta giratoria

de los distintos superintendentes de salud que han pasado por este país, cuya función legal es la defensa de los usuarios del sistema, no obstante, pareciese que se han ocupado a mediar en los negocios de las EPS; estas entidades han aprovechado para apalancarse en el concepto de seguridad social, cuando entran en quiebra, para que el Estado asuma las deudas que tienen con las clínicas y hospitales, pero cuando se trata de recibir los recursos públicos para manejarlos a su antojo, se amparan en la normatividad del aseguramiento comercial. Todo esto aupado por los organismos, como la superintendencia de salud y el Ministerio de Salud, que se suponen, deberían regular a estas entidades a quienes les entregaron los recursos de los colombianos y la garantía del derecho a la salud, que debería estar a cargo del Estado.

Como si fuera poco, en otro apartado de la carta, las EPS, cuyo nombre se les cambiará por aseguradoras en el Proyecto de Ley 010, solicitan que sean estas quienes definan la conformación de la red de prestación de servicios, es decir, ellas definen a qué clínica y hospital contratan y, como sabemos, esto lo hacen hasta el día de hoy, sin importar donde viva la población afiliada; mediante criterios comerciales, estas entidades deñen hasta donde se tiene que desplazar el paciente para ser atendido, en ocasiones, existiendo servicios en su propio territorio; estas entidades, obligan a desplazar al paciente por fuera del mismo. Esto ha sido uno de los elementos que ha permitido que exista la integración vertical, en donde la EPS contrata su propia red de servicios, «yo me contrato a mí mismo», en Colombia esta se permite hasta el 30%, pero por diversos

mecanismos de cooptación de la dirección de las clínicas y hospitales, han logrado materializar esta integración en un porcentaje superior.

Lo que dicen la ley estatutaria y la 1438 de 2011 es que estas redes las debería conformar el ente territorial, de acuerdo a las necesidades de la población, esto no ha sido así, secretarios y secretarías de salud se han convertido en notarios de las EPS, quienes definen esto con criterios comerciales. Así lo presentan en la misiva: *«Consideramos que es mejor que cada AS integre su red de acuerdo con sus criterios teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de sus afiliados, y al estado lo que le debe importar es que esa red sea más que suficiente para garantizar los servicios del PLUS a su población en el territorio, y por lo tanto, el estado debería medir los resultado en salud.» ACEMI*

Se quejan las EPS de que en el Proyecto de Ley 010, el Ministerio de Salud se ocupe de la regulación de las relaciones comerciales y los negocios establecidos, entre estas entidades y otras corporaciones, prestadores. Esto confirma una vez más, que este proyecto de ley no se está ocupando de la garantía del derecho a la salud, sino de la regulación comercial de las transacciones de negocio del sistema. El gremio de las EPS considera que esto es un exceso de intervencionismo por parte del Ministerio de Salud, es una coadministración que le dificulta surgir al sector privado. No advierte la carta, que este es un extraño sector privado, dado que no aportan capital, sino que manejan recursos públicos de todos los colombianos. *«Este exceso de intervención, se convierte en una coadministración por parte del Ministerio lo que no solo*

lo hace corresponsable de los resultados sino que acaba con los incentivos a un manejo eficiente y el logro de resultados en salud.» ACEMI

En otro apartado, dicen que ellos no están dispuestos a asumir corresponsabilidades en los entes territoriales respecto a acciones colectivas en salud, «cada loro en su estaca». Esto corrobora la ingenuidad de algunas iniciativas en el actual manejo de la pandemia en Colombia, que aspiran que estas entidades de manera colaborativa contribuyan con las secretarías de salud en acciones de salud pública para detección, identificación y seguimiento de casos y contactos por Covid-19. Esto nunca lo han hecho, y ellos mismos están diciendo que no lo quieren hacer, a no ser que esto pase por algún vínculo comercial rentable, esa es la lógica del sistema, no entiendo porque gobiernos alternativos insisten en enfrentar esta pandemia bajo perspectivas nada novedosas y que han sido fallidas, por la naturaleza misma de estos agentes. Así lo expresan: «*Se trata de coordinación y complementación de las acciones. No puede entenderse como corresponsabilidad del Asegurador la realización de las acciones colectivas por parte de los entes territoriales. La ambigüedad y superposición de responsabilidades no claras en la ley es fuente de tremendos dolores de cabeza más adelante.*» ACEMI

«(...) Dado que los límites entre los entes Territoriales, las Aseguradoras en Salud y los otros Sectores responsables de la gestión en determinantes sociales de la salud han generado algunos conflictos por la ambigüedad de las normas, se sugiere una mayor precisión, destacando que

son complementarios y no que las AS son corresponsables de estas acciones (...)». ACEMI

Continúan en la misiva expresando que ellos no están dispuestos a recibir nuevos usuarios que provengan de otras EPS afiliadas, que esto debe ser voluntario de estas entidades. Es decir, se oponen abiertamente al derecho de los ciudadanos a escoger la EPS. De otro lado insisten que no pueden ser obligados a contratar con la red de hospitales públicos, dicen que esto atenta contra el derecho de sus afiliados, y que es un exceso de intervencionismo del Estado sobre el accionar de las EPS. Dicho sea de paso, que diversa normativa expedida por el gobierno ha cedido en esto, y les ha posibilitado no contratar los hospitales públicos, lo que explica en parte la inviabilidad de estas entidades en el sistema de salud, que debería ser la columna vertebral del mismo, como en los mejores sistemas de salud del mundo.

También se oponen al giro directo, esto es entendible, requieren que los recursos públicos pasen por los bancos con los que ellos conciertan el ingreso de billonarias sumas, para negociar rendimientos financieros, que al día de hoy no han aclarado hacia donde van.

Finalmente, tal es el poder que el Estado colombiano les ha otorgado a estas entidades, que comercian con los recursos públicos de todos los colombianos, que se sienten embestidos de la capacidad de persuadir al Congreso de la República, de legislar en contra de la constitución política y del interés público, cual es la garantía del derecho fundamental a la salud de todos los colombianos y colombianas. Me sumo a las solicitudes de archivo y retiro de este inocuo e inicuo proyecto de ley. No podemos seguir aceptando que con eufemismos, se eludan las grandes reformas democráticas que requiere el país.

SALUD: QUE TODO CAMBIE PARA QUE TODO SIGA IGUAL*

«Si buscas resultados distintos,
no hagas siempre lo mismo.»

Albert Einstein

En el momento en que se escribe este artículo, Colombia alcanza los 981.700 casos confirmados de contagio y 29.464 muertes, con un subregistro del 20% respecto al último informe del DANE. Pensaría uno que el gobierno nacional tendría que reevaluar la estrategia que ha llevado a cabo para el manejo de la pandemia, que a todas luces ha fracasado, con un costo de vidas muy alto, mortalidad que era evitable en la mayoría de los casos, y que ubica a Colombia entre los primeros países del mundo en muertes por millón de habitantes.

Se supone que un gobierno serio y comprometido con la salud del país, tendría que evaluar de fondo las medidas y replantearlas para evitar que la mortalidad siga aumentando, pero no fue así, el 19 de octubre expedieron el decreto 1374 de 2020 «Por el cual se optimiza el Programa

* Artículo publicado el 19 de octubre 2020 en la Revista Sur.
<https://www.sur.org.co/category/revista-sur/>

de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible —PRASS, para el monitoreo y seguimiento de casos y contactos de COVID— 19 en Colombia.»

El decreto a la vieja usanza instaurada por el ex ministro Alejandro Gaviria, encabeza el marco de su contenido en la ley estatutaria en salud, para luego continuar desarrollando las lógicas de la ley 100 de 1993, y por esta vía hacer creer al país que se está implementando la ley estatutaria. Una forma bastante innovadora que encontraron en esta cartera desde el pasado gobierno, para burlar la Constitución y la Ley estatutaria con decretos y resoluciones del ejecutivo.

Lo que sí no es nada innovador —allí el espíritu creativo de la cartera de salud no funciona— son las medidas que van a implementar para controlar la pandemia, es más de lo mismo de lo que no ha funcionado, persistir en que sean las EPS quienes hagan el seguimiento y el rastreo de los «afiliados al sistema de salud», las secretarías de salud se encargarían de los no afiliados. Se debe recordar que conforme lo ha expresado la Procuraduría, las EPS tienen más de 70 mil pruebas Covid-19 engavetadas, registrando demoras en la entrega de resultados hasta de más de 30 días, tenemos el caso de un médico de primera línea de atención a quien se le demoraron 106 días para entregarle el resultado. A fecha de hoy, el Instituto Nacional de Salud (INS), muestra que por ejemplo¹, una EPS como Sura, que tiene 3.845.498 afiliados, solo ha hecho 122.984 pruebas, y por ejemplo Medimás que tiene 2.918.076

¹ <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronaviruss.aspx>

afiliados ha realizado 35.012 pruebas, en contraste, un régimen de excepción como Ecopetrol que tiene 62.760 afiliados y ha realizado 533.684 pruebas.

Esto explica que Colombia esté entre los países del mundo que menos pruebas ha realizado para el control de la pandemia, de acuerdo a la publicación *The Lancet* en el mes de agosto, durante el primer pico, se hicieron 3,3 pruebas por caso detectado, cuando los países que mejor control han tenido del virus han hecho más de 100 pruebas por cada caso detectado. El procesamiento de pruebas PCR es más bajo que la capacidad instalada, el día de ayer se procesaron 34.539 pruebas, de las más altas en los últimos días, cuando se tiene capacidad para procesar de manera constante 55 mil diarias.

En la propuesta por el decreto en mención, la idea es que las EPS continúen haciendo esta labor, en esta fórmula, el papel del Ministerio de Salud queda reducido al de un generador de lineamientos técnicos para que el proceso se ejecute bien. Es decir, no existe ninguna rectoría de esta cartera sobre el proceso, son las secretarías quienes coordinarían y vigilarían, sin mayores instrumentos, a las EPS para que cumplan, y coordinarían con estas súper poderosas entidades, que manejan billonarios recursos públicos de los colombianos, para que hagan el rastreo y seguimiento. ¡Con algunos amigos salubristas estamos aterrados de la tremenda innovación y creatividad de esta propuesta! Debo decir, que desde nuestras organizaciones de la sociedad civil, se han entregado propuestas concretas al gobierno Nacional de como se podría enfrentar la

pandemia desde la perspectiva de la salud pública, no hemos recibido ni siquiera una respuesta protocolaria de recibido.

Como si fuera poco, burlando la ley estatutaria que utilizan en el encabezado, para edulcorar la medida, en el tema de las incapacidades médicas, que se requieren cubrir para que las personas detectadas puedan hacer cuarentenas y aislamientos, para el régimen contributivo el médico puede considerar no dar incapacidad a personas que considera físicamente sanas y puedan realizar teletrabajo. Dicho sea de paso, que espero que los médicos no se vayan a dejar presionar por las EPS para negar incapacidades, pueden ampararse en el principio constitucional de la autonomía médica para adoptar las decisiones más convenientes para el paciente. La perla del decreto es que para el régimen subsidiado, las EPS no reconocerán incapacidades sino una compensación económica temporal única correspondiente a 7 días de salario mínimo legal vigente, por una sola vez y por núcleo familiar. Vaya concepción del derecho fundamental a la salud, e implementación de la ley estatutaria, en donde en Colombia existen ciudadanos de primera categoría y otros de segunda que no tienen derecho a una incapacidad, esto además de negar el núcleo básico del derecho fundamental a la salud es inaceptable, y el resultado concreto que va a tener es que la población perteneciente al régimen subsidiado que son casi el 50% del país, no puedan aislarse y tengan que salir a trabajar con el virus para buscar el sustento diario.

De otro lado, el Gobierno Nacional adelanta una andanada mediática y propagandística en medios, para anunciar que con los aprendizajes de la pandemia harán una «transformación al sistema de salud», se trata del Proyecto de Ley 010, que lanzaron con mensaje de urgencia para ser aprobado en el Congreso de la República, en las actuales circunstancias, no sólo aspiran aprobar un proyecto de esta envergadura sin menor debate por el mensaje de urgencia, sino por una red social, dada la ausencia de presencialidad del Congreso de la República, que a diferencia de las mayorías del pueblo colombiano y los trabajadores de la salud, sí pueden hacer cuarentena desde sus casas, con el pago puntual de sus honorarios y de sus gastos de representación.

En la emisión del 16 de Octubre de Caracol Televisión, le hacen una entrevista al ministro Fernando Ruiz, que se ufana de la fortaleza del sistema de salud en Colombia, dado que no colapsó durante el pico de la pandemia, a esto se reñere, dado el porcentaje de ocupación de UCI, que no ha sido superado. En Colombia pasamos durante la pandemia de 5300 UCI a aproximadamente 11 mil, esto incide en el porcentaje de ocupación, que es el indicador que muestran para dar cuenta de la respuesta del sistema de salud frente a la pandemia. En este contexto, nunca se le aclaró al país y a la comunidad médica, como fue que el ministerio logró ampliar tantas camas con las limitaciones del recurso humano requerido para atender las mismas, que se trata de médicos, enfermeras, altamente especializados que requieren años de formación y entrenamiento. Esto nunca se ha podido responder, ni en

las alocuciones presidenciales, ni en los sistemas de información del ministerio de Salud, hasta que esto no sea transparentado, este indicador no es creíble.

Respecto al Proyecto de Ley 010, el Ministro dice que no es una reforma «es una transformación», para que la puerta de entrada al sistema no sean las urgencias y haya un primer respondiente en salud para cada ciudadano, lo que no explica es como se logrará esto. Este enunciado es un lugar común muy general frente a la realidad de un sistema de salud en crisis, que se acerca al millón de contagios y una proyección de 40 mil fallecimientos al 31 de diciembre, en medio de un subregistro de datos, por las discrepancias no aclaradas entre las cifras oficiales del INS y el DANE. Una verdadera catástrofe sanitaria y humanitaria que se pudo evitar.

En ese contexto, las mayorías del Congreso de la República se aprestan a aprobar con mensaje de urgencia, el Proyecto de Ley 010, que constituye la profundización del modelo de salud que ha hecho aguas, e hizo aguas en la pandemia, un proyecto que busca profundizar el modelo de las EPS, que niega la autonomía de los profesionales de la salud, desconoce de un plumazo la ley estatutaria en salud a nombre de la misma, niega los avances de la Corte Constitucional y del propio Congreso de la República en materia del derecho fundamental a la salud, una bofetada a esos 30 mil colombianos y sus familias que han perdido la vida en esta debacle sanitaria, una afrenta a los 700 mil trabajadores de la salud que exponemos la vida diariamente para menguar los efectos de la pandemia, una canallada contra millones de colombianos que están esperando

cambios profundos y que se les garantice su derecho fundamental a la salud. Resistiremos desde las calles y desde todos los escenarios donde nuestra voz de protesta se pueda escuchar.

REFORMA A LA SALUD BUSCA FORTALECER LOS NEGOCIOS, NO EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD*

En medio de una intensa polémica al interior de Cambio Radical, entre los senadores Fabián Castillo y Carlos Mota, está suspendido el trámite del Proyecto de Ley 010, que tiene como objetivo reformar el sistema de salud. La discusión se desató, dado que el Senador Mota alega que su firma fue suplantada en la radicación de la ponencia en Senado, situación que ha tenido suspendido el trámite.

Uno de los mentores de esta iniciativa es el ex vicepresidente Germán Vargas Lleras, que dedicó su columna del 6 de diciembre en el periódico *El Tiempo* a hacer una defensa de este proyecto de ley. Allí describe los ejes fundamentales de lo que él considera una reforma a la salud que requiere el país, examinemos cada uno de estos puntos.

Dice que en primer lugar se garantiza el modelo de atención primaria en salud, fundamentado en el médico familiar, con capacidad resolutive para atender más de la mitad de las patologías. Lo que no dice Vargas Lleras, es

* Artículo publicado el 7 de diciembre 2020 en la Revista Sur. <https://www.sur.org.co/category/revista-sur/>

que lo que están proponiendo en el articulado al respecto, ya fue aprobado por el Congreso de la República en el año 2011 con la ley 1438, y creo que hasta con una redacción más precisa. Este modelo no ha podido ser implementado, por la hegemonía de las EPS que tienen como principio la afiliación individual y no colectiva, lo que ha debilitado la rectoría y gestión de los entes territoriales que son la unidad de ejecución de una política de atención primaria en salud. Esta es la razón por la cual no se ha podido implementar la ley 1438 en ese aspecto.

Continúa diciendo Vargas Lleras que el proyecto de ley, busca la unificación de los regímenes contributivos y subsidiados, unificando el plan de beneficios del Pos y No Pos. Creo que no está informado que el Congreso de la República, mediante la ley 1751 de 2015 eliminó el plan de beneficios, por considerarlo un listado restrictivo para la prestación de servicios de salud, de otro lado, la Corte Constitucional desde el año 2008 en la Sentencia T-760 ordenó al Ministerio de Salud la unificación de estos regímenes, asunto que posteriormente fue ratificado por al Sentencia C-313 de 2014, de la misma Corte. Por tanto, en este punto, han llegado tarde a la discusión, o quieren que retrocedamos en la misma.

La columna continúa diciendo que el proyecto resuelve problemas antiguos como «la articulación entre los agentes y la falta de competencia entre las aseguradoras», dice que «se limita la tercerización laboral de los trabajadores de la salud y se fortalece la formación de especialistas», con la creación con un examen único de ingreso. Al respecto, la articulación de los agentes que propone el proyecto es el

mismo intento fallido de coordinación entre una serie de entidades, EPS, IPS, con flexibilidades regulatorias que, en algunas ocasiones, demostrado en este país, como en la emergencia social en salud del año 2009, cooptan los organismos reguladores para sus beneficios. Aquí no se está diciendo nada nuevo que no se haya ensayado de manera fallida en Colombia. Respecto a la tercerización laboral, no sé si tenía conocimiento el columnista, que ésta ya tiene varias prohibiciones en Colombia, lo que requieren los trabajadores son mecanismos concretos para que se haga efectiva la formalización, y este proyecto de ley no hace referencia alguna a este aspecto.

En cuanto a la formación de especialistas, la bancada debió informarle que en el acuerdo con el Ministerio se eliminó el artículo del examen único para ingreso a especialidades, uno de los argumentos que se esgrimió durante las audiencias, es que atentaba contra el principio constitucional de la autonomía universitaria que el Congreso no puede modificar mediante una ley ordinaria.

Continúa la columna diciendo que el proyecto de ley crea Alianzas Público Privadas en el sector para hacer infraestructura, dicho sea de paso que este artículo también fue eliminado en la última versión de ponencia conocida, además que esta consideración es ideológica, los países europeos que han apelado a esta modalidad para la financiación de infraestructura hospitalaria, la han eliminado porque se ha demostrado que construir un hospital por APP resulta tres veces más costoso que si el Estado lo hiciera solo. Esto ha derivado en elefantes blancos y en costosas operaciones de especulación financiera.

Dice Vargas Lleras aquello que él considera la reforma a la salud, depura las EPS, establece un tope a sus gastos administrativos y crea un programa de saneamiento financiero para hacer giro directo a los hospitales. De nuevo no le informaron que en la última versión se eliminó el artículo de la depuración de las EPS, dado que el Congreso de la República en la pasada legislatura aprobó una ley en la cual se le otorgaron dientes a la Supersalud para adelantar esta tarea, labor que por demás no ha adelantado, aún cuando ya tiene los instrumentos legales para hacerlo. El saneamiento financiero para los hospitales públicos ya existe, viene operando hace muchos años, por cierto, en contravía de la ley estatutaria en salud que expresa que estas instituciones deben ser medidas por su rentabilidad social y no financiera. El giro directo a los hospitales también existe, y desde la ley 1438 se dedicaba al régimen subsidiado y en el caso de aquellas EPS intervenidas por la Supersalud, en el plan de desarrollo del actual gobierno, esta medida quedó a discrecionalidad del Ministerio de Salud, el proyecto de ley 010 no menciona nada al respecto. El tope de los gastos administrativos de las EPS es una medida adoptada por la ley 1438 de 2011, también existe.

Lo que sí es nuevo es la «reglamentación de los conglomerados empresariales», y este es el verdadero almendrón del Proyecto de Ley 010, esto no es más que el intento de reglamentar un negocio de la salud que es inconstitucional, y que no existe, en tanto los recursos que maneja el sector salud son públicos y con destinación específica. Si quieren que exista en el marco legal, los inversionistas deberían aportar capitales propios. No sé si

el doctor Vargas, sabía que existen varias leyes y disposiciones de la Corte Constitucional que expresan que la UPC, unidad de pago por capitación, recurso público que gira anualmente el Estado a cada EPS por cada afiliado, tiene una destinación específica para la atención en salud, que implica formalización de trabajadores entre otros asuntos que conciernen estrictamente a la atención. Son recursos de todos los colombianos que no pueden ser manejados al antojo de quienes quieren hacer «inversiones» con recursos que no les pertenecen. Este es el verdadero almendrón de ese proyecto, y nada tiene que ver con la garantía del derecho a la salud de los colombianos.

Finalmente, estoy de acuerdo con una parte de la citada columna, nosotros también creíamos que la pandemia iba a poner dentro de las prioridades de política pública del gobierno la salud, pero no fue así. Contrario a lo que creíamos, la propuesta, que está en la puja para ser aprobada es un cuadro de negocios, adornado con un refrito mal hecho de varias leyes y disposiciones legales ya aprobadas en Colombia, y que han sido fallidas, esto nada tiene que ver con el derecho fundamental a la salud de los colombianos. Insistimos en que el país requiere una reforma estructural al sistema de salud que reglamente la ley estatutaria.

UN PROYECTO DE REFORMA A LA SALUD QUE NO RESUELVE SU PROFUNDA CRISIS*

Esta semana se retomó el debate del Proyecto de Ley 010 de Senado de la República y 425 de Cámara de Representantes con el cual se hacen ajustes al sistema general de seguridad social, de iniciativa del gobierno nacional en acuerdo con el partido político Cambio Radical. Este había sido radicado en el 2020 con mensaje de urgencia, se realizaron 8 audiencias ciudadanas y de la sociedad civil, en donde la mayoría de las intervenciones apuntaron a hacer profundas críticas al proyecto de ley, por su carácter antitécnico, por repetir disposiciones aprobadas en el Congreso de la República con la ley 1122 de 2007 y 1438 de 2011, además de no constituir una reforma integral de sistema de salud que resuelva los problemas del sector, develados por la pandemia por Sars Cov Covid-19.

La ponencia se radicó en diciembre con algunos vicios de trámite, dada la suplantación de la firma del senador

* Artículo publicado el 12 de abril 2021 en la Revista Sur. <https://www.sur.org.co/category/revista-sur/>

Carlos Fernando Motoa de Cambio Radical, quien dio a conocer esta situación ante la opinión pública, se supone que esto posteriormente se subsanó, pero no es claro. De esta ponencia radicada se surtieron diversas modificaciones, y se presentó una nueva en marzo de 2021, que surtió drásticas y preocupantes modificaciones. El día de ayer 14 de abril, las comisiones conjuntas de cámara y senado, hundieron mayoritariamente la ponencia negativa presentada por los congresistas de la oposición, donde se solicitaba el archivo de la iniciativa, por lo que la iniciativa continúa en debate en estas comisiones séptimas conjuntas. Me propongo presentar un análisis de algunos aspectos de este proyecto de ley, que sin duda alguna constituyen un retroceso en los logros en materia del derecho a la salud en Colombia.

En la nueva ponencia, se introdujo un capítulo que no había sido considerado previamente denominado «Seguridad Sanitaria y Emergencia Sanitaria», en donde las medidas excepcionales que se han implementado para manejar la pandemia, se volverían permanentes a través de una ley ordinaria, es decir, el Congreso de la República estaría entregando facultades al ejecutivo para operar en materia de salud, de restricciones de libertades individuales con cuarentenas y confinamientos, decisión sobre recursos públicos para hacer negociaciones con transnacionales farmacéuticas, todo esto en una concentración del poder en el ejecutivo, sin controles judiciales por parte de la Corte Constitucional, ni control político, como se ha surtido hasta ahora la pandemia. Desde esta perspectiva el Proyecto de Ley 010, no sólo atenta contra la salud pública, sino que

también, en nuestro concepto, con el sistema de pesos y contrapesos establecido en el Estado de derecho.

Dentro de los muy preocupantes artículos se encuentra el 30, que acaba de un plumazo los logros de la seguridad social en Colombia, dado que se entregan facultades extraordinarias al Ministerio de Salud, para excluir la financiación de tecnologías y medicamentos de la financiación de la UPC (Monto anual por afiliado que gira el Estado a las EPS para su atención), se legaliza la negación de servicios, que supone menos tratamientos para los pacientes y más recursos para los intermediarios financieros-EPS, este artículo contraviene las disposiciones de la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008 y la ley estatutaria en salud de 2015, que no solo acaba el Plan Obligatorio de Salud, como un listado de servicios a proveer dentro del sistema, sino que expresa que con la UPC se deben incluir todos los servicios y tratamientos que requieran los pacientes, menos aquellos que correspondan a unos criterios de exclusión definidos por esta norma de jerarquía superior a lo que está tramitando el Congreso.

El capítulo de talento humano en salud es francamente demagógico, en el artículo 52 se habla de la prohibición de la tercerización laboral, esto aparentemente genera garantías para los trabajadores, pero no es así, como lo expresa el documento radicado por decenas de organizaciones de la salud y de la sociedad civil: *«El texto del artículo confunde los términos. Menciona la prohibición de formas de intermediación laboral y al contrato de prestación de servicios como una de ellas, el cual no necesariamente se realiza a través de la*

tercerización laboral, ni es una figura de intermediación laboral; el contrato de prestación de servicios es un contrato comercial que se ha utilizado reiteradamente para no reconocer los derechos laborales de los trabajadores en salud no solamente a través de intermediación y tercerización sino también de manera directa¹.»

Es necesario anotar que el contrato de prestación de servicios, es una de las modalidades de precarización laboral en el sector salud, se utiliza aún para la contratación de trabajadores que realizan actividades misionales, cumplen horario, y tienen una relación de subordinación con el empleador. Por tanto, ese articulado, además de ser demagógico, no resuelve los problemas de formalización laboral del sector.

Por el contrario, en el capítulo relativo a los hospitales públicos, el articulado abre la posibilidad de realizar fusión y liquidación de hospitales públicos, con las consecuentes masacres laborales que esto implica. De otro lado, el proyecto de ley crea un fondo de salvamento de instituciones de salud, pero retrocede en la normatividad vigente, en la cual cuando se liquida una EPS, las prioridades de flujo de recursos desde el Estado, son para el pago de deudas referidas a acreencias laborales y deudas con hospitales públicos y privados, este articulado elimina de un plumazo esa prioridad, lo que derivará en que se aumente la incertidumbre alrededor de como se saldaran las billonarias deudas que existen en la salud con los hospitales y trabajadores.

¹ Solicitud Archivo Proyecto de Ley 010 (google.com)

El panorama no es muy alentador en el resto del articulado, generan un capítulo en donde crean unos «conglomerados empresariales». Se debe decir que el sistema de salud es de financiación casi completamente pública, no hay inversiones de capital privado, estas se hacen sobre la base de los recursos de la UPC que llegan pulpos puntualmente a las EPS, y que son aportes de los colombianos, que constituyen alrededor de 40 billones de pesos al año. La Corte Constitucional en diversas Sentencias desde 1998, y la ley estatutaria en salud de 2015, han sido taxativas en que estos recursos son públicos de destinación específica para la salud, en todos los eslabones de su cadena. En nuestro concepto, con este capítulo se pretende burlar las disposiciones de la Corte, para darle un manejo privatizado a estos recursos, generando facilidades para que entes particulares nacionales y extranjeros se hagan a la UPC, mediante mecanismos vedados de integración vertical, en el que las EPS contratan con sus propios prestadores con controles pírricos. En nuestro concepto, este es el núcleo duro de los intereses de este proyecto de ley.

En cuanto al talento humano en salud, existen otros artículos que vulneran la autonomía universitaria, otorgándole facultades extraordinarias al Ministerio de Salud y Educación para tomar decisiones sobre denominaciones y determinaciones de especialidades médicas.

Existen varios artículos sobre regionalización de la atención en salud, que no es más que la suplantación de la poca autonomía de los entes territoriales y las secretarías

de salud, para empoderar más a las EPS, y terminarlas de colocar por encima de las instituciones regionales. Dicen que se va a fortalecer la medicina familiar en el marco de la atención primaria en salud, pero esto también es demagógico, no es posible desarrollar una política de atención primaria, en el contexto de la intermediación financiera de las EPS que tiene una afiliación individual, máxime cuando el proyecto segmenta la prestación de servicios entre prestadores primarios, y complementarios de alta complejidad, vulnerando el principio de integralidad en la atención en salud estipulado en la ley estatutaria de salud.

En este contexto, el proyecto de ley no reglamenta la ley estatutaria en salud que define el derecho a la salud en Colombia, retrocede en logros sustanciales de la seguridad social en salud, no resuelve los problemas de precarización laboral de los trabajadores, atornilla y profundiza un modelo de salud, que tiene a Colombia entre los 10 países del mundo con mortalidades por 100 mil habitantes más altas del mundo por Covid-19, muchas de estas muertes son evitables.

No puede entender uno, como en medio de semejante crisis sanitaria, las mayorías del Congreso pretendan avanzar en un proyecto de ley que no solo es una afrenta a la salud pública, porque va a profundizar la negación de servicios de salud a los colombianos, sino una afrenta al sistema de pesos y contrapesos del Estado social de derecho.

Es por eso que desde la Comisión de seguimiento de la Sentencia T-760, Por una Reforma Estructural del Sistema de Salud, órgano de la sociedad civil que hace seguimiento

a la Sentencia T-760 de 2008 de salud, se adelantó la elaboración de un documento de solicitud de archivo de este lesivo proyecto de ley, con un análisis detallado del articulado, esto se hizo con el apoyo de organizaciones médicas, de pacientes, expertos, y cuenta con el respaldo de aproximadamente 1300 organizaciones nacionales, regionales, ciudadanas, y de trabajadores, profesionales de la salud, académicos, y ciudadanos. Se insistirá de nuevo al Congreso de la República en el archivo de esta iniciativa, y se presentan unas líneas de propuesta de lo que debería ser una reforma estructural del sistema de salud que garantice el derecho fundamental.

Por lo que se ha visto en las comisiones séptimas de Senado y Cámara, con las mayorías aplastantes de las votaciones del día de ayer, no será este Congreso de la República quien haga los cambios para garantizar la salud de los colombianos, uno esperaría que por lo menos no profundicen la crisis, las propuestas alternativas existen, y deben ser presentadas cuando se logre una correlación de fuerzas políticas más favorables a los derechos de los ciudadanos, a la defensa de su vida y a la dignidad humana.

Aquí pueden consultar el documento radicado al Congreso de la República el 15 de abril de 2021, y sus firmantes. Solicitud Archivo Proyecto de Ley 010 (google.com)

LA DESASTROSA GESTIÓN DE LA PANDEMIA
POR PARTE DEL GOBIERNO

LA URGENCIA DE DECLARAR LAS VACUNAS COMO BIEN PÚBLICO UNIVERSAL*

Para el 24 de marzo Colombia alcanzaba 2.244.522 y 62.394 muertes por Covid-19, en donde existe un subregistro del 15% entre las cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y el Instituto Nacional de Salud (INS).

Después de 38 días, el plan de vacunación no alcanza el ritmo que requiere para el logro de la inmunidad de rebaño, que supone 35 millones de colombianos vacunados, con sus dos dosis, para el caso de las vacunas, que así lo requieran, que son la mayoría. Esto supondría que se tendrían que estar aplicando por lo menos 200 mil dosis diarias. Colombia no está aplicando ni siquiera un promedio de 50 mil dosis al día, a la fecha solo se ha aplicado la primera dosis a 1.385.503 ciudadanos, y la segunda a 74.274, el plan de vacunación es confuso, tiene muchos intermediarios, esto se ve reflejado en que aún no se terminan de vacunar el personal médico de primera línea,

* Artículo publicado el 22 de marzo 2020 en la Revista Sur.
<https://www.sur.org.co/category/revista-sur/>

cuando hemos pasado a la segunda fase, dado que tampoco fue posible lograr la vacunación de los ciudadanos mayores de 80 años, dadas las inconsistencias existentes en las bases de datos de las EPS que no tienen una caracterización sociodemográfica, ni epidemiológica, de su población afiliada, por lo que proponer un plan sobre estos sistemas de información, auguraría los resultados que hoy tenemos. Estamos aplicando menos del 50% de las dosis de vacunas que tenemos en el país, las vacunas se están quedando en las neveras, y estamos entrando al tercer pico, que podría generar una mortalidad igual a superior al segundo, que superó la del primero.

En Chile, uno de los mejores países del mundo en el proceso de vacunación, con menos de la mitad de la población colombiana (19 millones de habitantes, aproximadamente), ha superado la aplicación de cinco millones de dosis, no obstante, el triunfalismo frente la exitosa vacunación, los ha llevado al abismo, no advirtieron que solo se puede estar vacunado cuando se hayan aplicado las dos dosis de la respectiva vacuna, las investigaciones han mostrado que 90 días después de aplicada la segunda dosis comienzan a verse la respuesta inmunológica, luego es imperativo la aplicación de las dosis completas¹. El triunfalismo del gobierno chileno, envió mensajes equivocados, la ciudadanía bajó la guardia, y en este momento varias regiones de Chile están cerradas, el virus ha desplazado su morbilidad hacia la población joven menor de 40 años, que no ha sido vacunada.

¹ «Vacilación en el momento crítico o cómo arruinar el exitoso proceso de vacunación», en: *EL MOSTRADOR*. Primer diario digital de Chile. Publicado el 22 de marzo de 2021.

La falsa sensación de tranquilidad por el avance del plan de vacunación generó relajamiento de las medidas, desplazamientos ciudadanos por todo el territorio nacional, hacia otros países, y hoy enfrentan un pico que calculan podría ser peor que el anterior, porque el personal de salud de primera línea está menguado. Colombia, que tiene una mortalidad por Covid por 100 mil habitantes superior a la Chilena, y que está lejos de las cifras de vacunación del país austral, se da el lujo de que uno de sus medios más reconocidos de la prensa nacional, emita un editorial el pasado 20 de marzo, en donde aplaude los avances de la vacunación en Colombia², se muestran las dificultades sistémicas de este proceso como casos aislados, casi que hace una reproducción acrítica de los informes propagandísticos del gobierno colombiano, nos invitan a ir con los ojos vendados al abismo de la tercera ola, y aplaudiendo además. Lo de los ojos vendados es literal desde la perspectiva epidemiológica, porque no se entiende como a estas alturas de la pandemia, hasta el día de ayer en Colombia se estén procesando 21 mil pruebas PCR, cuando se tiene capacidad de 55 mil, tampoco se están haciendo suficientes pruebas; luego el mapa epidemiológico es intuitivo, no tiene ningún sustento. Nos percatamos que estamos entrando a una ola, por el grito desesperado de las familias y del personal de la salud, cuando ven el rebosamiento de las UCI.

² «Lentos pero seguros, la vacunación avanza», en: *EL ESPECTADOR*. Publicado el 22 de marzo de 2021.

<https://www.elespectador.com/opinion/editorial/lentos-pero-seguros-la-vacunacion-avanza/>

La situación de la Unión Europea (UE) es aún más dramática, esta es una de las regiones del mundo con mayor capacidad de producción de vacunas, no obstante, hasta el 8 de marzo en promedio solo el 7,5% de los ciudadanos de estos países habían sido vacunados, en este momento enfrentan una nueva ola, que ha requerido cierres en países como Francia, Italia y Alemania. La Unión Europea para mayo de 2020 destinó 8 mil millones de dólares en apoyo a la investigación, BioNTech, la empresa que produce la vacuna de Pfizer recibió 375 millones de euros del gobierno alemán y Oxford-Astrazeneca, 1000 millones de dólares de fondos públicos³, es decir, estas vacunas se han producido fundamentalmente con fondos públicos, no obstante, las vacunas no llegan a los ciudadanos, y se conocen litigios de estados de la UE con Astrazeneca, por incumplimiento en la entrega de lotes. Lo que es dramático y contradictorio, es que la ausencia de una vacunación tiene sumida a esta región en una recesión económica sin precedentes y enfrentando fallecimientos ante el aumento vertiginoso del contagio, por aparición de nuevas variantes del virus. La solución es sencilla y está a la mano de los gobiernos de los países de la UE. Se requiere que en el organismo multilateral de la Organización Mundial del

³ Vicenç Navarro (Profesor de Health and Public Policy en The School of Public Health, The Johns Hopkins University; Catedrático Emérito de Ciencias Políticas y Sociales, Universitat Pompeu Fabra). «¿Por qué la Unión Europea tiene un grave problema de falta de vacunas?», en: *Revista Sur*, Corporación Latinoamericana Sur. Publicado el 15 de marzo de 2021.

<https://www.sur.org.co/por-que-la-union-europea-tiene-un-grave-problema-de-falta-de-vacunas/>

Comercio (OMC), se vote de manera mayoritaria la liberación de las patentes para la producción de las vacunas, esto es, que se suspendan temporalmente los derechos de propiedad intelectual a las transnacionales farmacéuticas, para que otras empresas puedan producir las vacunas requeridas, ante la clara demostración que el monopolio de la producción de vacunas, solo ha generado acaparamiento y especulación, que tiene como consecuencia la imposibilidad de controlar la expansión del virus.

La realidad es que la Comisión Europea en representación de los países de la UE ha sido una de las principales responsables del bloqueo de este tipo de propuestas en la OMC, que han sido abanderadas por Sudáfrica y la India. El bloque continental, fue uno de los que expresó no querer participar en el Fondo de Acceso Global para Vacunas Covid-19 (COVAX, por sus siglas en inglés) que fue el mecanismo multilateral creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para intentar lograr alguna gobernanza planetaria que permita el acceso equitativo a las vacunas. Expresaron que preferían las negociaciones bilaterales de las farmacéuticas con los gobiernos. Lo cierto del caso es que los ciudadanos de la UE han pagado cuatro veces las vacunas que no han recibido, con recursos públicos han pagado investigación, producción, distribución y luego compra de las vacunas a estas transnacionales, protegidas por las mayorías políticas gobernantes de la región. Las pérdidas económicas y en vidas humanas parecieran ser insuficientes para que se pongan en cintura estos poderes facticos del capital financiero.

Para finalizar, esto es una crisis económica, sanitaria, y social sin precedentes en el mundo, pero lo que sí quedó claro es que esto es ante todo una crisis civilizatoria, moral y de la política, que se puso al servicio de unos intereses minoritarios a costa de la debacle de la vida humana y las posibilidades de sobrevivir como especie.

UN SISTEMA DE SALUD FRÁGIL PARA HACER FRENTE A LA PANDEMIA*

En el momento en que se escribe este artículo, las cifras oficiales del Ministerio de Salud por contagio del coronavirus ascienden a 470 personas, 4 muertes y 8 recuperaciones. Los expertos proyectan que para los próximos días, de acuerdo a la realidad epidemiológica del país, se podrían llegar a 24 mil contagios. Se debe tener en cuenta que el porcentaje de requerimiento de camas de unidad de cuidados intensivos conforme al comportamiento de la pandemia en el mundo corresponde a un 5% de los contagiados, en Italia esta cifra ascendió al 12%. En Colombia tenemos un número de 5.843 camas de UCIS de las cuales 940 se encuentran en Bogotá, es decir el 16% del total y las autoridades distritales han manifestado que Bogotá necesitará 3.000 camas de cuidados intensivos para atender la crisis¹.

* Artículo publicado el 23 de marzo 2020 en la Revista Sur.
<https://www.sur.org.co/category/revista-sur/>

¹ Artículo publicado el 26 de marzo de 2020.
<https://www.eltiempo.com/bogota/bogota-necesitara-3-000-camas-mas-de-cuidados-intensivos-por-coronavirus-477226>

No obstante existen discrepancias en el número de camas entre las planteadas por el Gobierno Nacional y las que reconoce la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), que señala que existen 8.068 camas de UCIs y 5.499 de cuidados intermedios, conforme a esta organización podría ser factible aumentar un 20%, y sumadas se podrían alcanzar 13 mil camas de UCI con adecuación de cuidados intermedios, sin embargo, de las existentes camas existe en la actualidad una ocupación del 80% de cuidados intensivos, por tanto no todas estarían disponibles, desde el punto de la cifra del Gobierno Nacional, solo tendríamos una disponibilidad de 1.100 camas en todo el país, al día de hoy, para atender la pandemia.

El Viceministro de salud Luis Alexander Moscoso² advierte que no tiene conocimiento cierto de cuantos ventiladores y equipos de respiración tienen disponibles, ni tampoco da cuenta de la distribución geográfica en el territorio nacional de las camas existentes. En ese sentido, uno de los problemas que se tendrá que enfrentar en la gestión de esta pandemia es la ausencia de sistemas de información públicos a cargo del Estado, de la infraestructura hospitalaria y el recurso humano para atender esta crisis sanitaria. Desde la sociedad civil hemos insistido hasta la saciedad, desde las instancias de la Corte Constitucional a las que hemos tenido acceso, de la

² Artículo publicado el 21 de marzo de 2020.

<https://www.elspectador.com/coronavirus/hospitales-de-colombia-preparandose-para-un-enemigo-casi-de-ciencia-ficcion-articulo-910494>

necesidad de dar cumplimiento a la ley estatutaria en salud con la instauración de un sistema de información público que permita un sustento empírico para la planeación y la toma de decisiones en materia de política pública de salud. Hasta ahora no existe.

Lo que sí es cierto, es que los servicios de salud en Colombia están concentrados en los centros urbanos: de 48.572 instituciones prestadoras de servicios de salud 97.4% tienen carácter privado, 2,4% son públicas y 0.7% son mixtas, de estas, casi el 60% se encuentran concentradas en Bogotá, Antioquia en su área metropolitana, Valle del Cauca y Santander, con presencia mayor en sus ciudades capitales³. Esto supone una desprotección de infraestructura de atención hospitalaria en las zonas dispersas y rurales de Colombia, que constituyen aproximadamente el 40% de la población. Estas inequidades fueron reproducidas y mantenidas por el actual modelo de salud que han osado mantener los gobiernos colombianos.

Situación del recurso humano en salud

El último editorial de la reconocida revista médica *The Lancet* comienza diciendo: «en todo el mundo, mientras millones de personas se quedan en sus hogares para disminuir la transmisión de SARS COV-2, los trabajadores de la salud se preparan para hacer exactamente lo contrario, irán a clínicas y hospitales poniéndose en alto riesgo». La publicación relata que las cifras de la comisión de salud de China muestran que más de 3.300 trabajadores

³ http://www.observamed.org/PLUS/ReformaSistemaSalud/2GJM_PropuestaPol%C3%ADticaPublicaSistemaSaludColombiaSinLogos.pdf

de la salud han sido contagiados a principios de marzo, el personal médico ha señalado agotamiento físico y mental, temor a perder colegas y familiares, esto se suma a la escasez de equipos de protección personal (EPP), muchos médicos están atendiendo posibles pacientes contagiados, sin la protección suiciente. En Italia se calcula que el 20% de los contagiados son trabajadores sanitarios que están infectados y algunos han muerto.

La Federación Nacional de Enfermeras conûrmó el suicidio de una enfermera italiana por padecimiento de estrés extremo, al haberse enterado que estaba contagiada por COVID19, y el temor de haber contagiado a más personas con las que estuvo en contacto⁴. En Colombia se han comenzado a registrar hechos de discriminación al personal de salud en los transportes públicos, por portar su ropa de trabajo, situación que ha sido advertida por la Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social (FEDESALUD) y la Federación Médica Colombiana (FMC). Además, por la dinámica de tercerización laboral ilícita del personal de salud, que alcanza el 80%, estos desde hace mucho tiempo dejaron de ser dotados con ropa debidamente desinfectada en las lavanderías por las instituciones prestadoras de servicios de salud⁵. Esto constituye uno de los mayores riesgos de contagio, al respecto se envió carta al Ministerio de Salud

⁴ <https://www.pulzo.com/mundo/enfermera-suicida-italia-medio-emergencia-coronavirus-PP868095>

⁵ <https://www.elespectador.com/coronavirus/medicos-piden-minsalud-reforzar-el-manejo-de-ropa-hospitalaria-para-prevenir-contagios-articulo-908966>

y Protección Social por parte de estas instituciones, con fecha del 10 de marzo y aún no se ha recibido respuesta, ni se han adoptado las medidas pertinentes.

De otro lado, existe un problema de base: los trabajadores de la salud en Colombia no tienen una vinculación laboral estable, esto los pone en una incertidumbre mayor, debido a que la mayoría están contratados por prestación de servicios, con contratos muchos de ellos a tres meses, a destajo, algunos de manera verbal, sin acceso a las mínimas prestaciones de ley, cobertura de incapacidades y riesgos laborales. Se ha calculado que la incidencia en accidentes laborales es de las más altas en médicos y enfermeras en un 47% y un 38%⁶. Tienen 3 o 4 veces mayor posibilidad de suicidio frente a la población general, esto en estado regular, sin emergencia sanitaria.

Frente a esta situación, el Ministro de Salud ha señalado que el suministro de los equipos de protección especial estarán a cargo de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), entidades que según se ha reportado, se han negado a reconocer la infección por COVID19 como enfermedad laboral, y por el contrario, la interpretan como contagio en el trabajador resultado de una pandemia. Lo cierto es que hasta el momento no se conocen actos administrativos precisos del gobierno que protejan a los trabajadores de la salud y mejoren sus condiciones para

⁶ Propuesta de régimen de protección laboral para los trabajadores de la salud en Colombia. (Arrieta, M, Arévalo, Buitrago, P, Tirado, M). Tesis de grado del Diplomado Derecho a la Salud, Autonomía y Trabajo-FMC, Corporación Sur y UN.

enfrentar esta contingencia. Aún cuando los 5 presidentes de las altas cortes, el pasado 21 de marzo, enviaron una carta dirigida al Ministro para que se ocupara de garantizar la protección de este personal, que tiene un importante valor para la sociedad.

En este sentido, desde la Federación Médica Colombiana (FMC), el Colegio Médico Colombiano (CMC), Asociación Médica Sindical Colombiana (Asmedas seccional Antioquia), y un conjunto de organizaciones médicas están elaborando una encuesta que permita documentar las condiciones de bioseguridad de los trabajadores de la salud en la atención de la emergencia, así como las dificultades y barreras de acceso en la atención misma de la población sintomática, en tanto oportunidad en las remisiones y realización de pruebas para conformación del COVID19, con el objetivo de persistir en los requerimientos a las autoridades competentes.

Situaciones a resolver para la apertura de Unidad de Cuidados Intensivos

La mayor diûcultad que tenemos es que el sistema de salud en Colombia es mayoritariamente privado, de 41 mil prestadores, solo 900 corresponden a hospitales públicos y sus posibilidades de funcionamiento están atadas a la intermediación administrativa y financiera de las Empresas Promotoras de Salud (EPS). Una pandemia de esta magnitud requiere la rectoría del Estado nacional sobre todo el sistema en coordinación con los entes territoriales, esto supone adoptar medidas en el marco de la emergencia social, económica y sanitaria, de subordinación de todos

los actores privados del sistema al interés nacional, lo que supone que las decisiones las debe tomar el gobierno nacional en coordinación con los gobiernos locales, y estas deben tener un carácter vinculante para el sector privado.

Hemos sabido que la adquisición de equipos para dotación de UCIS se está haciendo bajo la lógica de la competencia desleal entre actores del sistema, que están ofreciendo camas de UCIS en la contingencia como parte de su venta de servicios en el sistema de aseguramiento. Cada EPS está gestionando sus UCIS para la población que le corresponde, la cual está disgregada en todo el territorio nacional, dado que las poblaciones de las EPS no están territorializadas. Si se mantiene esta lógica de funcionamiento, la gestión de la pandemia será un desastre y se espera que la mayor mortalidad se encuentre en las zonas dispersas, que corresponden a casi la mitad del país, en donde definitivamente no funciona el sistema de aseguramiento de las EPS. También sufrirán las consecuencias la población urbana, por la enorme descoordinación entre los diversos actores del sistema con sus distintos intereses, en el traslado y atención de los pacientes.

Para evitar esto, en el marco de la emergencia sanitaria, con medidas de estado de excepción, el gobierno nacional debe centralizar la compra de estos equipos y dotaciones, coordinando con los gobernadores y alcaldes su distribución de acuerdo a las necesidades de la población, conforme al comportamiento epidemiológico del contagio. De esa manera se puede avanzar en la adquisición de infraestructura hospitalaria abandonada, para convertirlos

en hospitales adaptados para la atención de la epidemia. En este sentido, al terminar la emergencia, esta dotación, financiada con recursos públicos, debe ser parte de la infraestructura pública disponible de los hospitales del país, que tienen un atraso tecnológico de 30 años por el abandono estatal.

De igual manera, se propone que para la atención de la contingencia, se contrate al personal requerido que consiste en enfermeras jefes, fisioterapeutas, terapeutas respiratorias, médicos hospitalarios e intensivistas, en una planta temporal del Estado adecuada para la contingencia. Dado que en este momento se ha suspendido la consulta externa y las cirugías electivas en la mayoría de prestadores del país, se puede llamar a este personal calificado en las áreas requeridas, para apoyar la contingencia en estas plantas temporales.

Las iniciativas de la sociedad civil que generan esperanza

En medio de las dificultades en las iniciativas gubernamentales, se debe reconocer los importantes aportes que está haciendo la sociedad civil, en este escrito haré mención solo de algunos esfuerzos que tenemos documentados hasta ahora, pero sabemos de cientos de iniciativas que se están desplegando en todo el territorio nacional. Las universidades Nacional, de Antioquia y de Caldas, entre otras, se han dispuesto como laboratorios para la detección de los casos contagiados, se han aprestado a facilitar orientaciones mediante telemedicina y líneas telefónicas, con capacitaciones de carácter científico para

el personal de la salud, así mismo la Universidad Nacional de Colombia lidera una iniciativa para que los profesores donen parte de sus salarios para que el Hospital Universitario realice un aporte en dotación de camas de UCI, recurso humano y bioseguridad para la atención de casos críticos de COVID-19.

La industria licorera de Caldas está produciendo mil litros de alcohol glicerinado para uso prioritario de los tres hospitales del eje cafetero. La Universidad de Caldas, Nacional y Autónoma trabajan en la construcción de un prototipo de ventiladores mecánicos 3D para pacientes con COVID-19. En este momento, se han unido más de 10 instituciones y 20 voluntarios para producir en impresión 3D material de protección para el personal médico. Trece hoteles de la región cafetera pusieron a disposición 400 habitaciones para uso hospitalario, en caso de ser requeridos por el Ministerio de Salud.

La empresa de aguas de Manizales realizó la reconexión del servicio a 678 suscriptores que tenían suspendido el servicio, así mismo Empresas Públicas de Medellín procedió a realizar reconexión eléctrica. La empresa Super de alimentos suspendió su producción para fabricar 13.500 sobres de gel antibacterial para uso en los hospitales. Más de 15 empresas textiles del país han cambiado sus prioridades de producción, y están realizando tapabocas para uso del personal de salud. En las distintas ciudades se están realizando colectas de empresas y personas naturales para entregar mercados y recursos a los grupos más vulnerables: adultos mayores, trabajadores informales, trabajadoras sexuales, entre otros.

Es así, como en medio de las dificultades gubernamentales, la sociedad colombiana también se moviliza y se organiza para proponer respuestas concretas para la atención de la pandemia. Este es, quizás, una de las fortalezas más grandes que tiene Colombia, la resiliencia y la solidaridad de su sociedad para superar las tragedias. Todo esto, en el marco del enorme vacío que aún existe de hacer materialmente posible las medidas de confinamiento general, en tanto la población vulnerable en Colombia que vive del diario, podrían superar los 9 millones de ciudadanos, que sin una asistencia alimentaria y de servicios básicos, no podrá cumplir con estas medidas dado que deben garantizar la sobrevivencia.

Debo anotar, que la velocidad con la que el gobierno nacional atiende la emergencia, no corresponde a la velocidad del contagio del virus. Algunas medidas como la cuarentena obligatoria es una medida adecuada así como el anuncio de las ayudas a sectores vulnerables a pesar que a todas luces son aún insuficientes. Pero en materia de adecuación del sistema de salud la marcha es muy lenta y la descoordinación es evidente. Se requiere con urgencia que el Estado asuma la dirección efectiva del sistema poniendo a la red privada al servicio de la sociedad y bajo su coordinación y dirección. Como contrapeso, existen las acciones de algunas autoridades locales, y los esfuerzos y solidaridad de la sociedad civil colombiana que siempre ha superado a sus gobiernos en la reacción frente a las crisis humanitarias. Hay esperanza.

LA VACUNACIÓN EN COLOMBIA, MUCHO SHOW Y POCAS VACUNAS*

Para el 3 de marzo de 2021, los datos del Ministerio de Salud muestran que hemos alcanzado 191.480 dosis de vacunas aplicadas, de un total de 292 mil dosis que ha recibido de Sinovac y Pfizer, es decir, se han puesto 14.600 dosis diarias, desde hace 20 días que empezó la vacunación, este ritmo está lejos de la meta de lograr 35 millones de colombianos vacunados este año para el logro de la inmunidad de rebaño, lo que significaría que el país alcanzará un ritmo de vacunación de 220 mil dosis diariamente. En comparación con el ritmo de otros países, como siempre, Colombia se encuentra entre los países más atrasados en el proceso de vacunación, de acuerdo al World Data¹.

* Artículo publicado el 1 de marzo 2021 en la Revista Sur. <https://www.sur.org.co/category/revista-sur/>

¹ Coronavirus (COVID-19) Vaccinations – Statistics and Research – Our World in Data.

<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

Para analizar el proceso de vacunación, se requiere valorar el acceso a la vacuna, situación en la que aún Colombia mantiene el secretismo inaceptable sobre los contratos firmados con las farmacéuticas, los compromisos de entregas que estas adquirieron con el país, por lo pronto estamos a merced de lo que se logró negociar mediante el mecanismo multilateral del Fondo de Acceso Global para Vacunas Covid-19 (COVAX, por sus siglas en inglés) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ese mismo que el gobierno colombiano otrora criticó. Uno de los cuellos de botella de la vacunación es la oferta mundial, dado entre otras razones, por el acaparamiento de vacunas por parte de los países del norte global, situación que aún no se ha resuelto, lo que supondría una decisión de los estados de decretar la liberación de las patentes y colocar en cintura a las farmacéuticas que pugnan por hacer de la vacunación un multimillonario negocio. En la última reunión de la Organización Mundial del Comercio (OMC) la postura del gobierno colombiano continúa favoreciendo la postura hegemónica de esta industria en contra del interés público de la humanidad.

El otro tema, del cual quiero ocuparme con más detalle, es el plan de vacunación que inició en Colombia el pasado 17 de febrero, en medio de un circense espectáculo, en donde hubo más fotos y ruedas de prensa que vacunaciones. En el contexto de un plan de vacunación, que consiste en un manual de funciones de lo que debe hacer cada actor del sistema, existen hasta funciones que la realizan varios, esto es como un «todos hagamos de todo, para que luego nadie responda». El plan no cuenta con un mínimo

cronograma proyectado de vacunaciones conforme a los contratos con las farmacéuticas, que continúan siendo un secreto. Las definiciones de distribución por regiones, se van haciendo al día, con criterios muy poco claros, mediadas por peleas mediáticas entre mandatarios locales y el gobierno nacional sobre la distribución. Ese fue el caso del Departamento del Amazonas que en la primera diapositiva mostrada en el programa del presidente «Prevención y acción», ni si quiera aparecía, y después de un escándalo de opinión pública, se vieron en la obligación de priorizar a este departamento para la vacunación que, entre otras, tiene la mortalidad más alta por 100 mil habitantes por Covid-19 en el país.

El plan define las priorizaciones por etapas, pero deja en manos de las EPS la definición de nuevas inclusiones, por encima del criterio médico. En este plan, ni el Ministerio de Salud ni las Secretarías de Salud son autoridad sanitaria, son unos actores más del sistema, el Ministerio es quien da los lineamientos técnicos y centraliza en una página el listado de los priorizados para la vacunación, que son enviados por listas de clínicas, hospitales, secretarías, EPS, «todos hacen de todo». Se han presentado diversas inconsistencias en esos listados. La asociación Colombiana de Cuidados Intensivos (AMCI), denunció que los médicos intensivistas que deberían ser vacunados como personal de primera línea, fueron sacados de la fila en varias ciudades del país, extrañamente se vacunaron otras personas que no son de primera línea, y dejaron a los intensivistas, que hace seis meses eran héroes, por fuera de la vacunación. Esto se presentó en Barranquilla, Bogotá,

Antioquia y Valle del Cauca. Esta situación se repitió a lo largo y ancho del país con médicos rurales, internos, residentes, que no aparecían en los listados, siendo personal de primera línea.

Estas denuncias se hicieron públicamente, y hasta ahora nadie responde, los gobiernos locales atribuyen la culpa a las EPS, estas a las secretarías, y estas últimas a las clínicas, y se la pasan en un peloteo, en donde si se colocan algunas vacunas, hay fotos, show y celebración, pero ante las inconsistencias estructurales de un plan que desde su origen está mal concebido, nadie responde y descargan las responsabilidades en otros. Esto no es serio, y de continuar así, no hay forma de que la vacunación salga adelante en Colombia. No existe una política pública clara de vacunación, y esto entraña el riesgo que este proceso caiga en el clientelismo máxime en época preelectoral, o en los negocios propios de los diversos actores de este fallido sistema de salud. A esto se suma que el Ministerio de Salud pretende que desde la segunda fase actores particulares puedan comercializar esta vacuna, esto de ninguna manera va a garantizar el acceso equitativo y universal de la vacunación, y derivará en un negocio inequitativo contrario a los propósitos de la salud pública.

Lo anterior sumado a que el Ministerio de Salud emitió la resolución 166 de 2021, para los pagos y facturación del proceso de vacunación, es vergonzoso el papel de la EPS, les van a pagar otra plata, en el contexto del plan de vacunación, por aquello por lo que ya se les paga anualmente mediante el billonario giro de la UPC de recursos públicos de los colombianos.

Van a cobrar por ayudar a enlistar los afiliados y por asignarlos a una red de clínicas y hospitales. El otro papel que van a cumplir es manejar la plata y las facturaciones de las clínicas y los hospitales en el proceso de la vacunación. El proceso de vacunación, puede prescindir de las EPS, de hecho, en Colombia se han vacunado a millones de ciudadanos anualmente por fuera de esta intermediación, es inaceptable que estas organizaciones, que no aportan nada en el proceso de la vacunación, y que no cumplen con los mínimos requisitos financieros para el manejo regular de los recursos de la salud usufructúen mediante esta opaca resolución unos recursos que no les pertenecen.

Se ha conocido que, en varias regiones, varias EPS ni siquiera tienen identificados sus afiliados, no los tienen ubicados, y esto es parte de la confusión en todo este plan. Uno no entiende como los gobernadores y los alcaldes no denuncian esta situación, se les atribuye la responsabilidad política por un proceso de vacunación que ellos no controlan en sus regiones porque los recursos los manejan las EPS, salvo el gobernador del Magdalena, que denunció el circense acto del gobierno nacional de hacer show con las vacunas a través de un político perteneciente a los clanes que gobernaban antes la región, ningún mandatario local ha expresado esta contradicción de un plan de vacunación que centraliza los recursos en unos intermediarios particulares (EPS) que no aportan un valor agregado en el proceso de la salud pública, mientras se descentraliza la responsabilidad política en ellos.

Uno esperaría que gobiernos como el de Bogotá —cuyo control del 80% de su sistema de salud es del régimen

contributivo a cargo de EPS que el distrito no controla—expresara y advirtiera estos riesgos al país, pero no ha sido así, existe una actitud de acomodo a la equivocada política del gobierno nacional. Estuvo bien la propuesta que desde el Distrito capital se hizo de que las alcaldías asumieran el agendamiento de la vacunación, más allá de las barreras de acceso de las EPS, pero no se va más allá, aún el papel de Bogotá es tímido, no se acciona de manera alternativa y contundente para desentrabar un plan de vacunación que está fallando, no se asume con contundencia el poder mediático, político, técnico y presupuestal de Bogotá en favor de plantearle una alternativa al país en defensa de la salud pública en este plan de vacunación, y en general en la pandemia; es una verdadera lástima.

En medio de este panorama, no nos queda más que la fuerza de la sociedad civil y la ciudadanía, que deberá continuar en los procesos de veeduría ciudadana, denuncia pública sobre el desarrollo de este plan de vacunación, que es una de las múltiples medidas que tendrá que tomar el país para enfrentar esta pandemia, que nos ha costado más vidas de las que nos debió costar, muchas de estos fallecimientos eran prevenibles. Insisto en el llamado a que se haga menos show con la vacuna y más políticas públicas. No se puede aceptar ningún tipo de show jugando con la esperanza, el miedo y la vida de la ciudadanía colombiana.

PANDEMIA CON EL AGUA AL CUELLO Y SIN SALIDA*

El pasado 4 de abril de 2021 salió una columna en el *Nuevo Siglo*, escrita por el profesor de Salud Pública, Jorge Hernández, con el título: «Las cuarentenas un fracaso de la salud pública», me propongo examinar este interesante artículo, dado que resulta muy pertinente asumir este debate en el momento en que Colombia enfrenta el tercer pico de la pandemia ocasionada por el covid-19.

En la presentación descriptiva que hace el artículo se expresa que, para el caso de Bogotá el RT, que significa el número de contactos que se pueden contagiar a partir de un caso, ha estado en 0.5 durante el mes de febrero, pero se ha presentado un aumento a mediados de marzo en 6 localidades. Se reconoce que para el mes de diciembre hubo un aumento de aglomeraciones por errores gubernamentales y ciudadanos, a lo que se suma una fatiga ciudadana por las cuarentenas, y una comunicación

* Artículo publicado el 5 de abril 2021 en la Revista Sur. <https://www.sur.org.co/category/revista-sur/>

equivocada de las autoridades gubernamentales, que se ha tornado más policiva, que en una construcción que permita comprender los riesgos de la pandemia. La columna reconoce que la estrategia PRASS del Ministerio de Salud, de Pruebas, rastreo y aislamiento selectivo y sostenible, no arrancó, no se han aumentado las pruebas PCR y antígeno de manera sostenible.

La columna aporta datos importantes como que, se deberían estar haciendo un tamizaje PCR por cada mil habitantes, y se deberían estar identificando de 5 a 20 contactos por caso, en Colombia se alcanza a dos por caso. Dice que esto debería estar liderado por las secretarías y las EPS, se reconoce, citando a la Secretaría de Salud de Bogotá, que entre el 30 y 40% de contactos y casos identificados, no se pueden aislar por falta de condiciones socioeconómicas. La estrategia PRASS tiene un tablero de control a nivel nacional con muchas limitaciones en sus indicadores de seguimiento, pero no así mismo en las regiones.

Hasta esta parte de la columna estamos de acuerdo con el profesor, pero luego esta da un giro inesperado, en donde plantea que si todo esto se hiciera no se requerirían cuarentas que han resultado fallidas, dado que se sigue presentando el contagio al interior de los hogares.

Termina concluyendo que las cuarentenas son el fracaso de la salud pública. Y efectivamente estamos de acuerdo que en Colombia fracasó la salud pública, pero entonces, ¿qué hacemos ante la real situación de expansión vertiginosa de la pandemia? Allí la columna nos deja en un limbo, en una sin salida. ¿Nos resignamos entonces a la muerte, porque no hemos hecho lo que teníamos que hacer?

Efectivamente la salud pública ha fracasado en Colombia, y eso lo evidencia la pandemia, pero cuáles son las causas es lo que habría que examinar. Desde el paso del primer pico el Ministerio de Salud entregó la realización de pruebas y la estrategia PRASS a las EPS, que con los resultados vistos, no han hecho lo propio, desarrollar esa estrategia les implica destinar recursos para la detección, pero también asumir los costos de las incapacidades que acarrea la detección de casos y contactos que necesariamente requieren aislamiento por dos semanas; es decir, esta es la causa principal del fracaso del PRASS, luego recabar en seguir intentando resolver el problema por la misma vía por donde fracasó, que es lo que propone el escrito, es garantizar de nuevo el fracaso. Se ha propuesto que para que la estrategia PRASS funcione se deben destinar, desde el Ministerio de Salud, por lo menos 4000 equipos básicos de sanidad en todo el territorio nacional, complementarios a los equipos que tienen los entes territoriales. Se debe desplegar una amplia y masiva detección de asintomáticos de alto riesgo. Esto lo debe asumir la autoridad sanitaria nacional y regional, no podemos seguir insistiendo en lo fallido, para ayer es tarde.

Respecto al problema planteado en Bogotá, de la dificultad de hacer aislamientos por condiciones socioeconómicas de la población, muchos de ellos en situación de informalidad, no basta con describirlo, esto tiene unas causas, una estructural que tiene que ver con las condiciones de inequidad y pobreza de nuestro país, y una coyuntural, es que tampoco el gobierno nacional, que es quien dispone del grueso de los recursos financieros, ha

hecho una destinación de gasto público social robusto para enfrentar esta pandemia, no alcanza el 5% del PIB, siendo de los más bajos del mundo. Existe una subejecución del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME), en donde se centralizaron parte de los recursos de los entes territoriales, la plata está guardada, y no se ha respondido a las propuestas factibles de renta básica que se han presentado al Congreso de la República y al ejecutivo para enfrentar la crisis. Dicho sea de paso, que de nuevo la sociedad civil y 52 parlamentarios hemos radicado una nueva propuesta de renta básica permanente el pasado 16 de marzo en el Congreso de la República, que ojalá sea respaldada por todos los partidos políticos, la crisis humanitaria y el hambre no tienen color político.

¿Qué universidad queremos? No. 12

La realidad epidemiológica que tenemos ahora, es que dada esta crisis del modelo de salud y de desarrollo, y la pobre respuesta gubernamental, sumado al negacionismo ciudadano de la pandemia, estamos ante una expansión incontrolable del virus, esa es la realidad actual. En Antioquia que se encuentra en plena crisis sanitaria, aún no se alcanza el pico, pero están llegando más pacientes en condiciones mayores de gravedad, lo que ya superó la capacidad de respuesta del sistema hospitalario de la región, que ha requerido traslados a otras regiones, además de tener pacientes en espera de una cama UCI. Las hipótesis de este nuevo comportamiento de la pandemia, es el fracaso de la estrategia PRASS que permita una detección temprana para evitar que los pacientes se compliquen, y la posibilidad de que exista una nueva variante del virus, no identificado por el pobre rastreo epidemiológico y genómico que tenemos en Colombia.

Ante esta realidad, no podemos quedarnos en la nostalgia de lo que debió funcionar y no funcionó. En este contexto, por las razones que el propio columnista expresó, el fracaso de la salud pública, pero además por las características mismas de este virus, es que las organizaciones médicas de Antioquia y la veeduría de vacunación de la región, solicitaron una cuarentena por dos semanas, que ayude a descongestionar el sistema hospitalario, a tener un respiro en donde el Ministerio de Salud debería replantear la estrategia PRASS y todo el manejo de la pandemia¹. Esto requerirá medidas urgentes de política y asistencia social; la improvisación de los últimos meses nos está costando tener que adoptar decisiones cuando tenemos la tragedia encima. Va salir más costoso para la economía, la política negacionista de la pandemia, centrada solo en el autocuidado, que la adopción de estas medidas.

La literatura mundial con una publicación en *Cochrane* solicitada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)², ha documentado con una revisión de literatura de 51

¹ Expertos de Antioquia solicitaron a las autoridades nacionales y locales cuarentena total por la preocupante situación sanitaria, en: Infobae. Publicado el 6 de abril de 2021.

<https://www.infobae.com/america/colombia/2021/04/06/expertos-de-antioquia-solicitaron-a-las-autoridades-nacionales-y-locales-cuarentena-total-por-la-preocupante-situacion-sanitaria/>

² La cuarentena, sola o en combinación con otras medidas de salud pública, ¿controla el coronavirus (covid-19)?, en: *Cochrane*. Publicado en abril de 2020 y actualizada en septiembre.

<https://www.cochrane.org/es/podcasts/10.1002/14651858.CD013574.pub2>

estudios realizados en el mundo, algunos observacionales y otros de simulación, dos con Covid-19, 14 en el SARS, tres en SARS y otros virus y dos en MERS, aún cuando la evidencia es limitada, pero no existe una mejor, los resultados indican de forma consistente que la cuarentena es importante para reducir la incidencia y mortalidad durante la pandemia del Covid-19, aunque no existe evidencia sobre la magnitud del efecto. Esta se recomienda en combinación con otras medidas.

En este punto en el que estamos, se recomiendan que sean totales en las regiones con indicadores que lo ameriten, dado que estamos con el agua al cuello, y no tenemos un control y un testeo suficiente que nos permita sectorizar y hacer un aislamiento selectivo. La limitación para llevar a cabo las mismas no es científica, ni que desde la salud pública no sean recomendables, es más bien política, es decir, el temor que le asiste a los gobernantes de adoptar estas medidas, lo que les implica enfrentar intereses de la economía formal e informal, que con razón se oponen a estas medidas, debido a que tampoco ha habido políticas robustas que les ayuden a solventar los déficits económicos que les ha generado la crisis, cuando los recursos existen. En este contexto, es absolutamente inaceptable que solo se hayan ejecutado 29 de 41 billones de recursos del FOME para la pandemia, y que de estas solo tenga certeza de giros por 10 billones de pesos. A esto se suma la evolución tortuga del plan de vacunación que hoy está aplicando menos de 100 mil dosis al día, cuando requerimos por lo menos 230 mil diarias.

Se pueden adoptar muchas medidas para evitar muertes que son evitables, pero esto requiere voluntad política, un reconocimiento real de la magnitud de la crisis sanitaria, y dar un giro que replantee lo que se ha hecho hasta ahora. Sin salud no hay economía, y sin vida no hay salud mental, ni mucho menos economía. Se debe plantear una economía política de la vida. La medicina y la salud pública deben estar al pleno servicio de la vida, eso me enseñó mi maestro José Félix Patiño Restrepo.

EL DESASTROSO MANEJO GUBERNAMENTAL DE LA PANDEMIA*

El informe de exceso de mortalidad del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para el mes de abril de 2021, muestra que Colombia tiene una mortalidad por Covid-19 de 87.312 personas, lo que contrasta de manera importante con lo presentado por el Ministerio de Salud, con datos del Instituto Nacional de Salud (INS) para el 28 de abril, que corresponde a 72.725 fallecimientos, una diferencia aproximada del 15%, lo que connota que aún en términos de las cifras oficiales, existe un subregistro de la mortalidad por Covid-19. Claramente la situación es más grave de la que le muestra al país, e incluso más grave de la que nos miden en los ranking internacionales por millón de habitantes, en donde Colombia siempre aparece en los primeros lugares en mortalidades por 100 mil habitantes, desde hace varios meses.

* Artículo publicado el 26 de abril 2021 en la Revista Sur. <https://www.sur.org.co/category/revista-sur/>

Esto sumado al atraso en el plan de vacunación, en donde el país no alcanza ni si quiera los dos millones de ciudadanos vacunados con sus dos dosis, solo se ha vacunado el 3% de la población, cuando se requiere el 70% para llegar a la inmunidad de rebaño. Aún se desconoce cuáles han sido los contratos que ha firmado el gobierno colombiano con las transnacionales farmacéuticas, en donde se hicieron negociaciones con recursos públicos para la adquisición de las vacunas, y los cronogramas proyectados de entregas para la ejecución de dicho plan. Lo que ha ocasionado que muchos ciudadanos hayan quedado sin la segunda dosis a la espera que lleguen otras vacunas, por la ausencia de planeación e improvisación con la que se ha adelantado este proceso.

El tercer piso de la pandemia en Colombia ha alcanzado mortalidades y velocidades de contagio superiores a los anteriores, la ausencia de una política de salud, y de renta básica como determinante social de la salud para posibilitar los confinamientos, está cobrando factura. La estrategia PRASS de prueba, rastreo selectivo, ha fracasado en manos de las empresas promotoras de salud EPS, no se hacen suficientes pruebas en Colombia, no se hace detección temprana del virus, por lo que los pacientes están llegando en condiciones de mayor deterioro a los servicios hospitalarios.

Las situaciones más alarmantes se han documentado en el Atlántico y en Antioquia, el pasado 26 de abril se realizó la audiencia pública sobre el Covid-19 en el departamento caribeño, convocada por la Mesa Alternativa del Atlántico, conformada por diversas organizaciones de

la sociedad civil y la bancada parlamentaria alternativa. Se recordó que hace un mes, la comunidad médica de la región solicitó una cuarentena total, dado el desbordamiento de los servicios de salud, petición que fue desatendida. En esa audiencia, la secretaria de salud, Alma Solano reconoció que durante la pandemia por lo menos 328 pacientes habían fallecido en los municipios del departamento sin atención, por negación de servicios de las EPS. Esto supone el reconocimiento del colapso de los servicios hospitalarios, en donde se pudo constatar el requerimiento de traslado de pacientes para ser atendidos a otras regiones como Bolívar.

La situación en Antioquia es igual de difícil, las asociaciones médicas, de intensivistas, la veeduría de vacunación de igual forma, hace un mes solicitaron la cuarentena total en Medellín y el Valle de Aburrá por el desbordamiento de los servicios hospitalarios de alta complejidad, en donde el número de pacientes en espera de UCI, supera con creces la disponibilidad de las mismas en la región, por lo que tuvieron que llevarse a cabo traslados a otras regiones como Bogotá, el Huila, el eje cafetero. Estas regiones también entraron en alerta roja hospitalaria, por lo que se expresó que no podían recibir más pacientes del Departamento de Antioquia. En este contexto, el gobernador de Antioquia anunció que en el departamento inició lo que denominó un «traje ético», que se refiere a la priorización de pacientes por escasez de UCI. Esto suscitó un debate entre las asociaciones médicas regionales y nacionales, dado que se ha expresado que estos mecanismos deben activarse cuando la demanda de UCI supere la

oferta, pero a nivel nacional, es decir, si existen UCI disponibles en el resto del país, los pacientes deben ser trasladados. Esto fue desarrollado a fondo por las asociaciones médicas en una propuesta entregada al gobierno nacional y los gobiernos locales, denominada «Colombia un Solo Hospital». Llama la atención que el Ministerio de salud como autoridad sanitaria nacional, no haya hecho pronunciamiento alguno sobre esta situación. Esto ocurre porque en efecto, no existe una autoridad sanitaria nacional que dirija la política de salud para la atención de la pandemia, y eso es otra de las explicaciones de los malos resultados que ha tenido el manejo de la misma.

¿Qué universidad queremos? No. 12

Para hacernos a una idea de lo mal que va Colombia en el manejo de la pandemia, establezcamos una comparación con la India, que atraviesa una situación sanitaria compleja, conocida por el mundo entero y referenciada con frecuencia en los grandes medios de comunicación de Colombia. De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud, en una revisión realizada por el profesor Félix Martínez: en India se registraron 3,647 muertes el 28 de abril, en Colombia se reportaron 490 muertes el mismo día, lo anterior quiere decir que, en la India murieron por Covid-19 2,6 personas por cada millón de habitantes el 28 de abril de 2021. En Colombia murieron por la enfermedad 9,5 personas por cada millón de habitantes el mismo día, es decir casi cuatro veces más.

Durante toda la pandemia en la India se registran 204.812 fallecimientos. En Colombia han fallecido 72.725 personas en el mismo periodo. Lo anterior quiere decir que

India acumula 147 muertos por cada millón de habitantes durante toda la pandemia. Colombia acumula 1.417 muertos por cada millón de habitantes durante el mismo periodo, es decir casi diez veces la mortalidad de la India. Esto sin tener en cuenta el subregistro de mortalidad reconocido por fuentes oficiales del gobierno como el DANE.

Esto supone unos resultados desastrosos en Colombia en el manejo de la pandemia, que requieren replantear de fondo toda la política de salud y social para enfrentar la misma, que ha consistido en descartar el manejo de la misma en el autocuidado, lo cual es absolutamente insuficiente para el manejo de una pandemia, que requiere políticas públicas del más alto nivel. La vacunación masiva, las políticas sociales de apoyo a la informalidad, a la pequeña y mediana empresa, así como el testeo masivo, es parte de lo que llevamos insistiendo debe hacerse ante los oídos sordos de un gobierno que tiene una enorme desconexión con la realidad colombiana, asunto que ha motivado la indignación ciudadana expresada en una diversa protesta social.

DECÁLOGO POR UN CAMBIO ESTRUCTURAL
DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
EN SALUD

DECÁLOGO POR UN CAMBIO ESTRUCTURAL DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Propuesta de implementación y desarrollo de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 para la garantía del Derecho Fundamental a la Salud en Colombia

La Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, por una Reforma Estructural del Sistema de Salud, es un organismo técnico y representativo de diversas organizaciones sociales, gremiales, sindicales, académicas y científicas de la sociedad civil, de médicos, profesionales y demás trabajadores de la salud, pacientes, estudiantes y diversos sectores de la población, que participó con ellas en el diseño, discusión, trámite y aprobación de la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015, la cual sentenció que en Colombia la salud es un derecho constitucional fundamental autónomo y humano. Desde entonces, a partir del articulado del proyecto de ley construido por la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud, ANSA, del cual hizo parte la Comisión, se ha venido trabajando desde hace tres años en la redacción de un nuevo proyecto

de ley alternativo para desarrollar y reglamentar la LES, que ha sido desvirtuada por los gobiernos mediante decretos, resoluciones y otras normas, hasta el fallido intento de reformar el actual sistema de salud con el proyecto de ley 010 del Senado y 425 de la Cámara de Representantes. Este, finalmente, fue archivado en medio de la crisis de la salud y del Paro Nacional, en época preelectoral, por la presión de diversas organizaciones de la sociedad civil, del sector salud y por la ciudadanía que se ha movilizado para protestar desde el 28 de abril del 2021.

El presente documento es el Decálogo que contiene las bases de una Reforma Estructural al Sistema de Salud, en desarrollo de la LES 1751/2015, elaborado por la Comisión y diversas organizaciones de la sociedad civil, con el objetivo de generar un debate público. Más adelante se presentará a la sociedad colombiana el primer borrador del articulado del proyecto de ley para que sea discutido ampliamente como un aporte a la construcción de una de las reformas más importantes que requiere Colombia en materia de derechos humanos, sociales, económicos y culturales, en el contexto de una transición política y democrática que reclama cambios profundos para garantizar los derechos fundamentales, encabezados por el derecho a la vida como valor supremo.

DECÁLOGO

Generalidades del Nuevo Sistema de Salud y Seguridad Social:

- Será un sistema público, descentralizado, con atención de los servicios de salud a cargo de entidades públicas, mixtas y privadas.
- En el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud no existirá la intermediación ni la administración privada del sistema, que es prohibida por la LES.
- El nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud estará cimentado sobre una fuerte Estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (Artículo 12, LES), con acceso universal, igualitario, no asociado a la capacidad de pago, puesto que los derechos fundamentales no están subordinados a una afiliación y solo se requiere ser residente o estar transitando en el territorio nacional para disfrutar el goce efectivo del derecho a la salud.
- La organización del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud estará basada en las Redes Integrales de Servicios de Salud (Art 13, LES), un Sistema Nacional de Referencia y Contrarreferencia, organizado en y por los Territorios de Salud con el apoyo de unidades técnico-administrativas, que garanticen la continuidad, integralidad, oportunidad y eficiencia de la atención en salud (Art. 4, Art.13, Art. 8, Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional).
- El nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud estará orientado no solamente a la prestación integral de servicios (Art 8, LES), sino también al control de los

riesgos de la salud y la gestión de los determinantes sociales de la salud en el marco de una política pública transectorial (LES Artículo 9).

- El nuevo Sistema garantizará a los trabajadores de la salud el disfrute de condiciones laborales justas, dignas y estables, y respetará sus derechos adquiridos (Artículo 18-LES).

- La Política de formación, capacitación y actualización del Recurso Humano es una obligación permanente, garantizada por el Nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud.

- Para financiar el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud todos ponen; la administración de los dineros será descentralizada mediante un manejo técnico y transparente de los recursos.

- El Nuevo Sistema Seguridad Social en Salud contará con un Sistema Único de Información en Salud con alta tecnología de última generación, transparente y de carácter público; permanecerá disponible en línea y tiempo real.

- El Nuevo Sistema elaborará la Política Farmacéutica y de Evaluación de Tecnologías e Innovaciones en Salud (medicamentos, dispositivos médicos y demás insumos), que actualizará bienalmente.

¿Qué universidad queremos? No. 12

1. Determinantes Sociales de la Salud

Los determinantes sociales de la salud están contenidos en la Carta Internacional de Derechos y, según expresa la Observación 14 de Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) del año 2000,

de la ONU, «*esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud*». «El derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud.» Así mismo, el artículo 12 establece el derecho de los pueblos «al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental»; el compromiso a tomar las «medidas que deberán adoptar los Estados Parte a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho» y que la salud depende no solo de factores biológicos sino también socioeconómicos, que permitan a las personas y comunidades vivir en un ambiente sano que los pueda llevar a una vida sana; entre ellos se encuentran:

- I. Acceso a agua potable limpia y a condiciones sanitarias adecuadas.
- II. Disponibilidad de alimentos sanos para una buena y adecuada nutrición (seguridad alimentaria).
- III. Derecho a vivienda digna, energía eléctrica y disposición de excretas.
- IV. Condiciones de trabajo dignas, seguras y sanas.
- V. Medio ambiente sano.
- VI. Acceso al transporte.
- VII. Acceso a la educación y recreación.
- VIII. Condiciones de vida digna.
- IX. No discriminación de ningún tipo.
- X. Paz (Violencia o Conflicto armado).

XI. Acceso a la información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

XII. Participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.

XIII. Diferencias y enfoques basadas en la perspectiva de género.

XIV. Distribución de los recursos (Distribución social de la riqueza).

En consecuencia, el Sistema Nacional Seguridad Social en Salud contará con una Comisión Intersectorial nacional y territorial, de carácter vinculante, que:

a) Estudie dónde y cómo inciden los determinantes sociales de la salud en las comunidades y los individuos.

b) Incluya metas y acciones específicas en las políticas públicas nacionales y locales, conforme a lo establecido en la Observación General 14 del año 2000, la Sentencia C-313 de 2014 y el artículo 9 de la ley estatutaria de salud que afecten positivamente estos determinantes para avanzar en el mejoramiento de la salud de la población.

2. Gobierno del Nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud por parte del Estado; Rectoría del mismo por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (Art 20 LES, Política Pública de Salud)

El Estado colombiano ejerce el gobierno del Nuevo Sistema Seguridad Social en Salud a través del Ministerio de Salud y Protección Social. La rectoría del sistema de salud la ejerce el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que estará conformado por el ministro de Salud y Protección Social, el ministro de Hacienda y por representantes de otros entes descentralizados y organizaciones representativas de la sociedad civil; será el encargado de definir las políticas públicas de salud y se constituye como Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El mapa sanitario del país estará conformado por Territorios Saludables establecidos conforme a las características epidemiológicas, sociodemográficas, económicas, geográficas y de servicios públicos de cada región colombiana, que constituirá sus propios entes rectores territoriales. Esto supone que un Territorio Saludable puede estar compuesto por segmentos de divisiones político-administrativas distintas que comparten, esencialmente, características epidemiológicas, culturales, geográficas, cercanía entre sí y lejanía de sus centros administrativos departamentales (Ejemplo: Girardot, Ricaurte, Flandes, Melgar, donde confluyen Cundinamarca y Tolima; Cravo Norte, Mochuelo, La Culebra, donde confluyen Arauca, Casanare y Vichada).

En ese sentido, cada Territorio Saludable tendrá un ente rector (Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud) para lo cual contará con una alianza participativa y operativa de los entes departamentales, distritales y municipales de salud, más las organizaciones de la sociedad

civil presentes en el territorio. Esto redundaría en un nuevo concepto de lo público, que no está referido a la estatización de la rectoría y administración del sistema, sino que se entiende lo público como el espacio donde se expresan y se resuelven las necesidades de la sociedad, en el Estado Social de Derecho que es Colombia, según el Artículo 1 de la Constitución de 1991. Con este diseño se evita la cooptación privada de las instituciones estatales como expresión de intereses clientelares o particulares, y se supera el equívoco que introdujo la ley 100 de 1993 al plantear que las instituciones privadas podrían manejar de manera proba y transparente los recursos públicos de la salud y gestionar mejor la salud pública, postulado que resultó ser falso.

La dirección y administración del sistema estará a cargo de unidades técnico-administrativas dependientes de los Territorios Saludables en los niveles departamental, distrital y municipal, y del Ministerio de Salud y Protección social a nivel nacional.

3. Dignidad de los Médicos, Profesionales y Trabajadores de la Salud: Garantías Laborales Justas, Dignas y Estables (Artículo 18-LES)

El régimen y la política laboral del recurso humano en salud se conformaría de acuerdo con el establecimiento de una metodología de requerimientos de cantidad, perfiles y organización, acorde a las características del sistema de salud y a las necesidades de salud de la población, constituyéndose en un régimen especial en el sector público, privado y mixto; esto significa un contrato laboral estable, digno y decente, la recuperación de las plantas laborales

en las entidades públicas, conforme a lo establecido en el artículo 18 de la Ley Estatutaria de Salud.

La Política Laboral del Recurso Humano en Salud promoverá y articulara el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la salud en condiciones adecuadas de desempeño, gestión y desarrollo de sus trabajadores; se verán reflejadas en políticas institucionales de largo plazo que permitan garantizar la calidad de los servicios de salud y el desarrollo integral de los trabajadores como eje fundamental del sistema de salud.

El Recurso Humano en Salud es la comunidad de trabajadores del Sistema Nacional Seguridad Social en Salud, constituida por personas idóneas y portadoras de conocimientos de diferentes disciplinas de las ciencias de la salud, que en el conjunto de sus diversas actividades laborales participan tanto en los procesos de promoción de la salud como de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, readaptación y paliación de las enfermedades, así como en la actividad formativa, educativa, de actualización de los trabajadores de la salud y de investigación científica y técnica para garantizar a la población el goce de su derecho fundamental a la salud.

Se garantiza el reconocimiento de los derechos laborales de los trabajadores de la salud en cumplimiento de las directrices de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en el marco de la política pública de trabajo digno y decente y, así mismo, la autonomía profesional y la dignidad de los trabajadores de la salud.

4. La Política de Formación, Capacitación y Actualización del Recurso Humano en Salud

Tanto en el nivel nacional como en el de Territorios Saludables, cada organismo rector correspondiente y las instituciones del sistema competentes para tal efecto, planearán y diseñarán los programas de educación y prácticas que lleven a cabo la formación, capacitación y actualización permanente, así como la estrategia de ubicación del Recurso Humano en salud en todo el país, fundamentados en estudios válidos que respondan a las necesidades de salud de la población, respetando la autonomía universitaria y profesional a la vez que, con las instancias estatales pertinentes, vigilen el cumplimiento de su autorregulación (Art 17, LES).

Las instituciones públicas, privadas y mixtas del sistema, destinarán y garantizarán los recursos y el tiempo de trabajo utilizado en la actualización y educación continua de los trabajadores de la salud. Esta actividad permanente del Sistema de Salud será llevada a cabo con financiación pública proveniente de los dineros que para tal efecto deben presupuestar las Instituciones que hacen parte de las redes integrales para la prestación de servicios de salud y preservará la autonomía e independencia intelectual y moral las profesiones, las distintas disciplinas y de los trabajadores de la salud. Los Ministerios de Salud y Educación establecerán reglas claras, precisas y rigurosas para la convalidación de títulos extranjeros y se dará cumplimiento a la Ley de Residencias Médicas (Ley 1917 de 2018), con implementación efectiva de la regulación de matrículas.

5. Financiación del Sistema de Salud

Todos ponen

En el mismo lugar donde se genera la riqueza (los excedentes económicos) deben recaudarse los recursos necesarios para asegurar el bienestar de la población, en especial los destinados a garantizar la salud y la seguridad social. La financiación de la salud y la seguridad social debe ser tripartita, como se estableció internacionalmente, desde su origen, en los Estados de bienestar.

Todas las empresas, trabajadores, independientes y rentistas de capital deben aportar sin excepción a fondos parafiscales; las empresas en proporción a los contratos realizados por trabajos o servicios personales, y los trabajadores, cuentapropistas y rentistas en proporción a su ingreso. Todo contrato o pago de trabajo, sin importar la forma jurídica, debe incluir aportes a la seguridad social que, en caso de no realizarse, generarán una deuda exigible con la seguridad social y se constituirá en una obligación fiscal que generará cobro coactivo.

El Estado podrá subsidiar temporalmente las obligaciones de aportes para salud de microempresas y de cuentapropistas, cuando su renta presuntiva sea inferior a la línea de pobreza monetaria de una familia promedio. En ningún caso, el no pago o el atraso en las obligaciones con la seguridad social de empresas, trabajadores, cuentapropistas o rentistas se constituirán en barrera para el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional.

Descentralización

Los recursos destinados a la salud y la seguridad social en salud respetarán la descentralización político-administrativa del país, establecida en la Constitución de 1991. Por ello, y por la necesidad de fijar competencias y responsabilidades de los servicios de salud y del manejo de los recursos, se establecerán varios niveles de financiamiento que descentralicen efectivamente rentas y gastos.

Los municipios y distritos recibirán efectivamente los recursos de participaciones de los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN) que determinó la Constitución del 91 para la salud de sus habitantes y ubicarán estos recursos en un Fondo de Salud Municipal, junto con los recursos propios, con destinación específica a financiar directamente las instituciones encargadas de la atención básica en salud de sus habitantes y los servicios de promoción de la salud, control de los factores de riesgo y las acciones sobre los determinantes sociales, integradas como un servicio público, con participación social, dirigido a lograr una mejoría constante en los indicadores de salud y calidad de vida de la población.

Los departamentos y distritos dispondrán de: 1. un Fondo Departamental o Distrital de Seguridad Social en Salud, que integrará las rentas cedidas; 2. Del recaudo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y 3. De otros recursos propios. Estos recursos serán para planear, organizar, dirigir y adecuar las instituciones hospitalarias públicas, mediante presupuestos de funcionamiento e inversión orientados a garantizar la

suficiencia de la oferta de servicios de mediana y alta complejidad en el territorio, incluida la red de urgencias, y para desarrollar los servicios de transporte de pacientes; todo en busca de optimizar la capacidad de respuesta territorial a las necesidades de atención de la población. Los departamentos y distritos deberán asignar un 2% de su presupuesto para la formación y cualificación de los trabajadores de la salud.

Se organizará un nivel regional, que integrará grupos de departamentos y distritos bajo un «territorio de salud», que contará con un Fondo Regional de Seguridad Social en Salud, al que ingresarán todos los aportes de seguridad social de salud de empresas, trabajadores, independientes y rentistas de capital del territorio y que integrará los recursos destinados a salud de las Cajas de Compensación. Los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud financiarán hospitales públicos y pagarán los servicios prestados por los privados que se integren a la red de servicios del territorio, por mecanismos de reconocimiento de servicios prestados de mediana y alta complejidad, a las tarifas únicas y obligatorias de prestación de servicios que fije el Gobierno Nacional.

El nivel nacional manejará un Fondo Nacional de Compensación que se financiará con un 10% del recaudo de los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud. El Fondo Nacional de Compensación incluirá un sub-Fondo o seguro para apoyar a los territorios en situaciones de catástrofes, eventos catastróficos y desastres. También constituirá un sub-Fondo para garantizar el tratamiento de enfermedades raras de pacientes de todos los territorios en entidades especializadas, con recursos del presupuesto general.

Manejo técnico y transparencia en los recursos

Para garantizar el manejo técnico de los recursos correspondientes a los fondos de salud y seguridad social, en todos los niveles de financiamiento del Sistema, se constituirán Unidades de Planificación y Evaluación que asesorarán la formulación de los planes anuales y evaluarán el cumplimiento de las metas. Estas unidades rendirán informes trimestrales a las respectivas autoridades y a los organismos de control, al tiempo que garantizarán el acceso público y abierto a toda la información disponible. Se propenderá por que exista un control ciudadano mediante veedurías con conceptos vinculantes.

6. Red de Hospitales Públicos

Existirá una política de fortalecimiento prioritario de la red pública de servicios de salud en todos los niveles, priorizando la Atención Primaria Integral en Salud (APIS) con capacidad resolutive suficiente; los Hospitales Universitarios jugarán su papel como centros de conocimiento y referencia de pensamiento, de formación profesional, investigación e innovación en beneficio de la salud de la población, y como propulsores de los sistemas de información y comunicación requeridos por el Sistema de Salud en particular y el país en general, bajo los principios de rentabilidad social y subsidio a la oferta (Ley estatutaria, Art 24), en el contexto de las redes integrales de servicios de salud (Art 13, LES), para lo que se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud coordinarán la conformación de las Redes Integradas e

integrales de Servicios de Salud (RISS), basadas en un modelo de cooperación superando el concepto de competencia que ha primado hasta ahora.

- En el nivel nacional y territorial el Estado privilegiará y financiará la política pública de fortalecimiento de los hospitales públicos, garantizando los recursos para su adecuado funcionamiento, con suficientes instrumentos que incentiven el trabajo en RISS, con énfasis en las áreas rurales y dispersas del territorio nacional.

- Se generará un componente de habilitación que favorezca la capacidad resolutive de los primeros y segundos niveles de atención para el trabajo en redes integrales en torno a las necesidades de salud de la población, con criterios de calidad y rentabilidad social.

- Las RISS funcionarán esencial y principalmente con los Equipos de Salud, y según las limitaciones reales de cada Territorio adoptarán las modalidades de telesalud y atención domiciliaria con el objetivo de mejorar permanentemente la cobertura, la coordinación asistencial, la continuidad y la integralidad en el cuidado de la población.

7. Sistema Público de Información en Salud

Desarrollo de un sistema de información único, público, transparente, disponible en línea, que usando los últimos recursos tecnológicos de Big Data, Procesamiento Digital de Imágenes, cadena de bloques y demás recursos para Inteligencia Artificial, permita recuperar el máximo de información económica, clínica, científica, tecnológica, técnica y administrativa, desde los orígenes del sistema de

salud vigente, para preservar recursos económicos y epidemiológicos, así como tener los elementos empíricos oportunos para la toma de decisiones en política pública, y que en sí mismo sea un instrumento de soporte a la justicia para sancionar la corrupción y evitarla en el sector salud (Art 17, LES).

El Sistema incluirá los datos necesarios para garantizar la información sobre componentes individuales, demográficos, determinantes de salud, genéticos y clínicos, que incluyen diagnósticos con sus ayudas y resultados, procesos de intervención terapéutica, rehabilitadora y de paliación, incluyendo administrativos y contables. Un elemento constitutivo de este sistema será la historia clínica única. Todo esto, garantizando el derecho fundamental constitucional a la intimidad y a la privacidad de cada persona.

8. Política Farmacéutica e Innovaciones Tecnológicas en Salud (Artículo 23 LES)

En relación con medicamentos, dispositivos médicos y demás tecnologías de la salud:

- a) Creará un organismo independiente de evaluación periódica científico-técnica y económica a todas las tecnologías de salud, para poder aceptarlas.
- b) El sistema de salud velará por la seguridad de las personas sujetas a tratamientos médicos, quirúrgicos, de rehabilitación y de paliación, y financiará los medicamentos y demás tecnologías existentes, con utilidad y seguridad demostradas mediante rigurosos estudios científicos independientes, requeridos para la atención integral en salud (Art 15, LES).

c) Desarrollará y actualizará continuamente la política farmacéutica basada en el concepto de medicamentos esenciales (componente de la atención primaria) y en la utilización exclusiva de las denominaciones comunes internacionales.

d) Desde el ejercicio de la Autonomía Profesional, las organizaciones científicas, académicas y gremiales de las distintas profesiones y disciplinas de la salud desarrollarán mecanismos de autorregulación para la prescripción de medicamentos y tecnologías de salud, conforme lo establecido en el artículo 16 de la ley estatutaria que establece: «Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios de salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley.»

e) Habrá sistematización total de atenciones, prescripciones y transacciones del sistema de salud con portabilidad de historias clínicas, conectividad universal y acceso público al microdato.

f) Se desarrollarán mecanismos evaluadores de pertinencia y resultados en salud.

g) Se creará un sistema público de producción y participación en cadenas de suministro, con énfasis en transferencia de tecnología y soberanía nacional.

9. Sistema Integrado de Inspección, Vigilancia y Control

La *Supersalud* será una instancia autónoma e independiente, con presupuesto propio, con presencia y funcionamiento en todo el territorio nacional, como máximo órgano de inspección, vigilancia y control del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, cuya misión y función es garantizar a la población residente en Colombia el pleno disfrute del Derecho Fundamental a la Salud velando por que se cumpla lo establecido en el Artículo 5° de la LES. La *Supersalud* responderá por su gestión ante el Estado colombiano en las instancias competentes como son el Ministerio de Salud y Seguridad Social, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y los Consejos Territoriales de Seguridad Social y Salud.

10. Derogatoria de toda normatividad contraria a la Ley Estatutaria de Salud

Esto implica la derogatoria de carácter permanente de todas las normas adoptadas por los planes de desarrollo en relación con el Sector Salud, la derogatoria del libro 1 de la ley 100/93 y de sus normas modificatorias, así como de toda la regulación orientada al aseguramiento comercial y los Decretos, Resoluciones sobre Afiliación, listados de Exclusiones y demás normatividad emanada del Ministerio de Salud y Protección Social y demás instancias del poder Ejecutivo y legislativo que le sean contrarias a la ley estatutaria 1751 de 2015 y a la ley que desarrolle este decálogo.

La presente Ley derogará toda la normatividad que afecte el carácter público y la destinación específica de los recursos de la salud, que conforme a lo interpretado por la Corte Constitucional en su jurisprudencia: «...no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente», lo cual significa que bajo ninguna circunstancia los recursos de salud podrán destinarse al pago de otros emolumentos que no se relacionen directamente con garantizar el derecho a la salud de las personas.

Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760
de 2008. Por Una Reforma Estructural
al Sistema de Salud.
Federación Médica Colombiana (FMC).
Asociación Médica Sindical Nacional
(ASMEDAS Nacional).
Asociación Nacional de Internos
y Residentes (ANIR).
Asociación Colombiana
Médica Estudiantil (ACOME).
Médicos Unidos de Colombia (MUC).
Asociación Sindical Médica de Antioquia.

¿Qué universidad queremos? No. 12

Números anteriores
¿Qué universidad queremos?

No. 1: La investigación puesta a prueba
por las ciencias humanas.

William González
Universidad del Valle

No. 2: Reforma al Decreto 1279
por la puerta de atrás.

Mario Alejandro Pérez Rincón
Universidad del Valle

No. 3: La gran universidad norteamericana.

Michael Burawoy
Universidad de California, Berkeley

No. 4: Factores relevantes
para una educación superior con calidad.

Boris Salazar y Luis Aurelio Ordóñez
Universidad del Valle

No. 5: Impacto de los indicadores bibliográficos
de revistas iberoamericanas sobre
la investigación científica
en las universidades colombianas.

Felipe García Vallejo
Universidad del Valle

No. 6: Leer y escribir en la Universidad del Valle.
Prácticas y tendencias de los estudiantes.

John Saúl Gil y Gloria Rincón B.

Universidad del Valle

No. 7: En busca de la dignidad perdida de la academia
(La <<IES>> de los sociópatas liderazgos,
o de las excelencias de calidad de rendimiento
y logro de autosujeción egomaniaca)

Mónica Jaramillo R.

Escuela de Filosofía

Universidad Industrial de Santander

No. 8: El HUV y la crisis de la salud en Colombia.
No podemos olvidar nuestra propia historia

Raúl Ernesto Astudillo P.

Universidad del Valle

No. 9: El HUV y la crisis de la salud en Colombia
¿Garantiza el Estado el derecho a la salud?

Carolina Corcho Mejía

Médica Psiquiatra

No. 10: ¿La reforma tributaria de 2016
afecta solo a los profesores universitarios
o también a las universidades públicas?

Mario Alejandro Pérez-Rincón

Representante profesoral Consejo Académico

Universidad del Valle

La crisis de desfinanciación
de la universidad pública colombiana,
una crisis histórica y estructural

Raúl Cuadros

Universidad Pedagógica Nacional

Isabel Yupanqui

Universidad Externado de Colombia

Juan pablo Forero

Universidad Pedagógica Nacional

Marlon Martínez

Universidad Pedagógica Nacional

No. 11: Apreciaciones sobre la noción
de universidad pública y su financiación

Luis Aurelio Ordóñez

Boris Salazar

Universidad del Valle

Relaciones laborales y política de vinculación
de profesores temporales: un estado
de cosas inconstitucional

Alexander Pareja Giraldo

Universidad Pedagógica Nacional

¿Qué universidad queremos? No. 12

Estos números se pueden consultar en la página web del
Departamento de Filosofía-Universidad del Valle

<http://filosofia.univalle.edu.co>

¿Qué universidad queremos? se afirma en la convicción de que la autonomía es un principio fundamental de la universidad y que, una de las tareas más importantes de la universidad pública consiste en pensarse a sí misma, impulsar y garantizar la plena libertad como condición necesaria para el debate y la construcción colectiva del *ethos* universitario, propendiendo por un pensamiento crítico sobre la universidad que, analizando el *ser* universitario con sus fortalezas y debilidades, se oriente a pensar y construir su *deber ser*, indagando las condiciones y posibilidades de la universidad en su compromiso con los grandes problemas nacionales y en el fortalecimiento de la participación ciudadana y la democracia.