

CLAVES

para el debate público

Bogotá, Colombia, octubre de 2013, número 60

Reforma a la salud:
¡Qué dolor de cabeza!



unimedios
unidad de medios de comunicación

15 años
comunicando
con criterio

Sumario

El presente documento retoma la Ley 100 de Salud en Colombia y analiza los efectos que ha tenido en el cumplimiento constitucional de este derecho fundamental de la población colombiana. Revisa los proyectos de ley estatutaria y ley ordinaria de la Salud que hacen curso en la Corte Constitucional y en el Congreso de la República, respectivamente, y recoge los principales puntos a favor y en contra de dichas iniciativas en un momento trascendental para el cambio del actual modelo de atención en salud del país, que requiere ser efectivo, oportuno e incluyente.

Introducción

Dos hechos históricos relativamente recientes han marcado los grandes intentos por tener en Colombia un sistema de salud que garantice cobertura, calidad y equidad de este servicio, consagrado como un derecho fundamental en la Constitución Nacional de 1991.

El primer paso en ese sentido se dio con la Ley 100 de 1993, a través de la cual se diseñó un modelo de administración de recursos y prestación de servicios que buscaba ampliar la cobertura a las personas de menores recursos y darle sostenibilidad financiera al sistema.

No obstante, muy poco tiempo transcurrió para darse cuenta de que la reforma a la salud planteada por dicha norma no cumplía su fin primordial y, por el contrario, dejaba entrever que la salud terminaba convertida en un jugoso negocio para pocos y en la pésima o nula atención para la gran mayoría de beneficiarios.

Nuevas leyes de ajuste tampoco respondieron a las expectativas de una población que encontró en la acción de tutela una de las pocas salidas para exigir respeto a su derecho de acceso a la salud, en un país donde las altas tasas de mortalidad por la inadecuada atención, y las denuncias por malversación de los recursos aportados por los usuarios del servicio pertenecientes al régimen contributivo, dan cuenta de la crítica situación.

Marchas de protesta, paros, acciones de tutela, debates, han llevado a la apertura de un nuevo capítulo sobre el sistema de salud en Colombia, con una reforma que está consignada en la ley estatutaria, ya aprobada por el Congreso de la República, pero en revisión por parte de la Corte Constitucional, y con una ley ordinaria, en pleno debate legislativo.

La sociedad civil, agrupada en un creciente número de organizaciones, que van desde las universidades hasta asociaciones campesinas, han estado atentas al contenido de la nueva reforma, considerada una oportunidad de oro para dar el gran paso a un modelo en el cual el Estado asuma efectivamente la garantía de este derecho. Sin embargo, estas colectividades han encontrado un largo camino de obstáculos sembrado particularmente por agentes del Gobierno, dirigentes políticos con intereses particulares y grandes empresas que se lucran de manera exagerada con los recursos del Estado, aportados en su mayoría por los beneficiarios del sistema.

Esta sociedad civil en crecimiento participativo aboga hoy porque “el cuarto de hora” de la salud no se pierda en una ley que podría resultar más nociva que la vigente, con lo cual los colombianos seguirían padeciendo los efectos de una legislación que no les brinda acceso amplio a este servicio vital y, en cambio, mantiene las puertas abiertas al multimillonario negocio de la salud.



El sistema de salud en Colombia se reduce a la atención de la enfermedad, según los críticos del proyecto de Reforma a la Salud.

Antecedentes

La Ley 100, que rige el sistema de salud en Colombia desde 1993, consolidó el proceso institucional mediante la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Con esta iniciativa, el Gobierno nacional creó el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, manejado por encargo fiduciario y sin personería jurídica. Su objetivo es inyectar mayores recursos al sector salud, posibilitando los mecanismos solidarios y de administración del riesgo, previstos para el sistema. El Fosyga tiene cuatro subcuentas: compensación, solidaridad, promoción y prevención, y eventos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT).

Según cálculos de la Misión Social y de la Unidad de Desarrollo Social (UDS), del Departamento Nacional de Planeación (DNP), con la Ley 100, la población afiliada al sistema de seguridad social en salud pasó de representar 23,72% del total de la población en 1993, a 54,3% en 1999.

Sin embargo, un informe elaborado por el Departamento Nacional de Planeación (DNP)¹ destaca que aunque el mejoramiento de la cobertura ha sido importante, los resultados sobre acceso a los servicios en salud no han sido los esperados. Según Sánchez y Núñez², “el número total de consultas se incrementó en 2,9 millones entre 1993 y 1997. La población más pobre, agrupada en el primer y segundo quintil de ingresos, participó con el 19% ; en otras palabras, el

¹ Karl, Claudio René (2000). *Incidencia del gasto público en salud 1990-1999*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación (DNP).

² Sánchez T., Fabio y Núñez M. Jairo (1999). *Descentralización, pobreza y acceso a los servicios sociales. ¿Quién se benefició del gasto público en los noventa?* Cede, documento #99-04.



En manos de la Corte Constitucional se encuentra el proyecto de Ley de Reforma Estatutaria de la salud. Algunos estudiosos del tema creen que este tribunal encontrará vicios de constitucionalidad.

número de consultas pasó de 777.029 en 1993 a 1.432.987 en 1997. Por el contrario, la población clasificada en los sectores de mayores ingresos participó en este incremento con 54%”.

La Ley 100 dejó planteado un modelo de administración del presupuesto destinado al rubro de la salud, en el que las empresas prestadoras de salud (EPS) recibían dichos recursos para garantizarles la atención médica a todos los colombianos. También dio paso a los fondos privados de pensiones.

No obstante este objetivo, las EPS convirtieron el manejo de los recursos del Estado en un negocio para sus propietarios, a costa de la oportuna atención a los millones de colombianos que reclaman este servicio en puestos de salud, clínicas y hospitales, entre otros centros creados para tal fin³.

La Ley 100, que amplió la cobertura a través de los regímenes subsidiado (RS) y contributivo (RC), pronto empezó a mostrar efectos perversos, particularmente en la administración de los recursos, correspondientes en su mayoría a los llamados aportes parafiscales hechos por empleados y empleadores.

En 2003, al hacer un balance de los diez primeros años de la Ley 100, Cecilia López Montaña, exdirectora del Instituto de Seguros Sociales (ISS), planteó la necesidad de reformarla debido al desalentador panorama que presentaba en atención médica para los colombianos: “muchos hospitales a punto de cerrarse; el ISS con grandes déficits en salud; malos servicios; el Estado con todos los enfermos graves, viejos, pobres y costosos, y el sector privado con los sanos, jóvenes y ricos, eran indicadores que demostraban que algo muy serio fallaba en la aplicación de la Ley 100”. Su conclusión, en ese momento, no se hizo esperar. “Es hora de abrir el gran debate

³ Pérez Ortiz, Volmar Antonio (2012). *La tutela y el derecho a la salud, 2011*. Bogotá: Defensoría del Pueblo.

sobre la aplicación de la Ley 100 y hacerlo pronto antes de que la incertidumbre, la crisis fiscal y la mala atención y desprotección ciudadana cobren más víctimas”⁴.

Diagnóstico reservado

La ineficiente atención en salud conllevó a numerosas acciones de tutela. Entre 2003 y 2005 se registraron 60.000 tutelas anuales, la mayoría de ellas reclamaban el derecho a la vida (36,5%), a la salud (35.9%), y de petición (36,4%), reporta en un informe la Defensoría del Pueblo.

La entidad también encontró que Bogotá, Antioquia, Valle, Atlántico y Santander originan el mayor número de requerimientos (67%). A Bogotá le corresponde la mayor participación, con 25,4%, dada la población que se concentra en la capital del país que sobrepasa los ocho millones de habitantes.

En el año 2005, señala el informe de la Defensoría, más de la tercera parte de las acciones de tutela interpuestas en el país (un total de 81.017) demandaban el derecho a la salud (36,12%), y se originaban en la negación de servicios, entrega de medicamentos y realización de cirugías. También por falta de oportunidad en citas médicas con especialistas, inadecuada interpretación del Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud (Mapipos), autorizaciones parciales, negligencia de las EPS, entrega de planes de beneficios incompletos y falta de especialistas en algunas regiones, entre otras.

A partir de este diagnóstico, la Defensoría concluyó: “la acción de tutela para reclamar derechos de salud se convirtió en un prerrequisito de trámite para las autorizaciones”. Las cifras entre 1999 y 2005 muestran que las acciones legales que reclaman derechos a la salud han aumentado cerca de 280%, mientras que su crecimiento general fue de 160% en el mismo periodo.

A tal punto llegó la saturación de los juzgados y de la Corte con estos requerimientos, que el máximo tribunal, en la Sentencia T-760 proferida en 2008, llamó la atención del Gobierno y pidió una revisión al sistema de salud en Colombia.

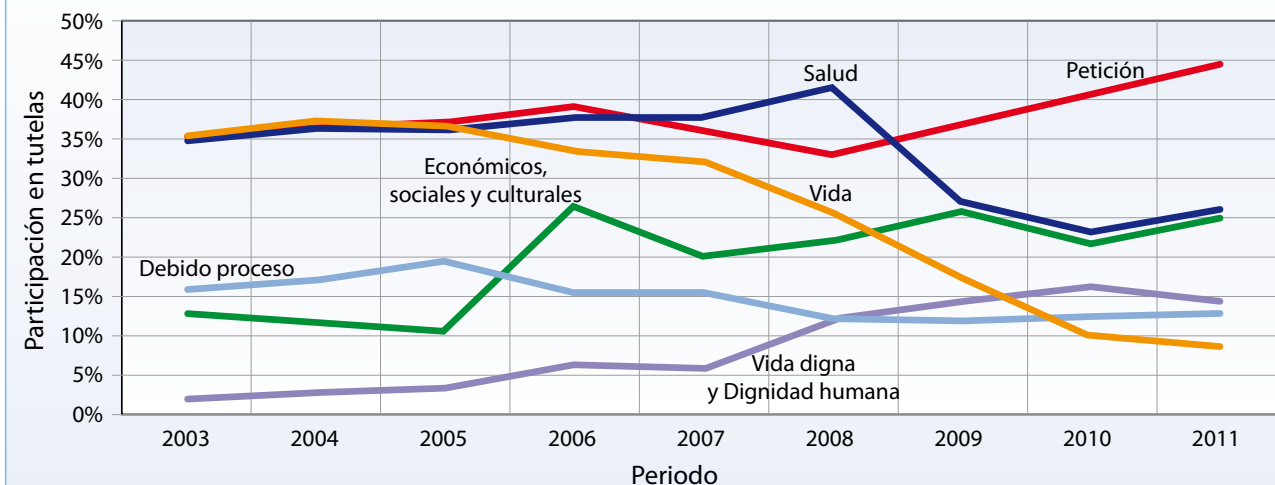
Con ponencia del magistrado Manuel José Cepeda –también conocido como “el padre de la tutela”– la Corte tomó en conjunto una serie de acciones presentadas por atentar contra el derecho a la salud y falló a su favor. La lista de casos en los que se invocaba la protección de ese derecho incluían desde el acceso a servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y sometidos a pagos moderadores, hasta aquellos no incluidos en este. De igual manera, el reconocimiento de incapacidades laborales, el acceso a servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas.

Teniendo en cuenta los casos analizados y fallados a través de la mencionada sentencia, el alto tribunal le ordenó a las entidades del Gobierno adelantar gestiones para garantizar el oportuno y adecuado servicio de salud a los colombianos. Entre las órdenes proferidas al Ministerio de Protección Social, a la Comisión de Regulación en Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, figura la de “adoptar las medidas necesarias, de acuerdo con sus competencias, para superar las fallas de regulación en los planes de beneficios asegurando que sus contenidos sean precisados de manera clara, sean actualizados integralmente, sean unificados para los regímenes contributivo y subsidiado, y sean oportuna y efectivamente suministrados por las entidades promotoras de salud (EPS)”.

La regulación, según la sentencia, también señalaba: “debe incentivar que las EPS y las entidades territoriales garanticen a las personas el acceso a los servicios de salud a los cuales tienen derecho; y desincentivar la denegación de los servicios de salud por parte de las EPS y de las entidades territoriales”.

⁴ López Montaña, Cecilia (2003). *¿Fracasó la Ley 100?* Junio. Bogotá. www.cecilialopezcreo.com

Derechos más invocados en las tutelas - Periodo 2003 a 2011



Con estas disposiciones, el Centro de Investigación Económica y Social (Fedesarrollo) realizó en 2010 un estudio –con quince investigadores y durante dos años– en el que analizó los efectos de la Ley 100 en salud⁵. En el informe final, editado por Mauricio Santamaría, se llegó a conclusiones como que había tenido un impacto positivo en el aumento de la cobertura, con un nivel cercano a 97% en 2009. No obstante, los investigadores encontraron que “la afiliación al RS ha aumentado más de lo que ha crecido la población afiliada al RC, lo que sumado a los crecientes costos por procedimientos no POS ha generado serios problemas para la sostenibilidad financiera del SGSSS”.

Y aunque hallaron también una mejora en los indicadores de salud después de la citada ley, encontraron grandes diferencias entre los pobres y no pobres a la hora de acceder a los servicios.

En cuanto a los aportes al Sistema de Salud, Fedesarrollo detectó en su estudio que no hay una relación directa entre estos y los beneficios que reciben los trabajadores. “Las contribuciones que deben realizar los individuos al ICBF, al SENA y a las cajas de compensación (que hoy abarcan un 9% del salario), junto con los aportes de solidaridad en salud y pensiones, no tienen una relación directa con los beneficios recibidos por los trabajadores”.

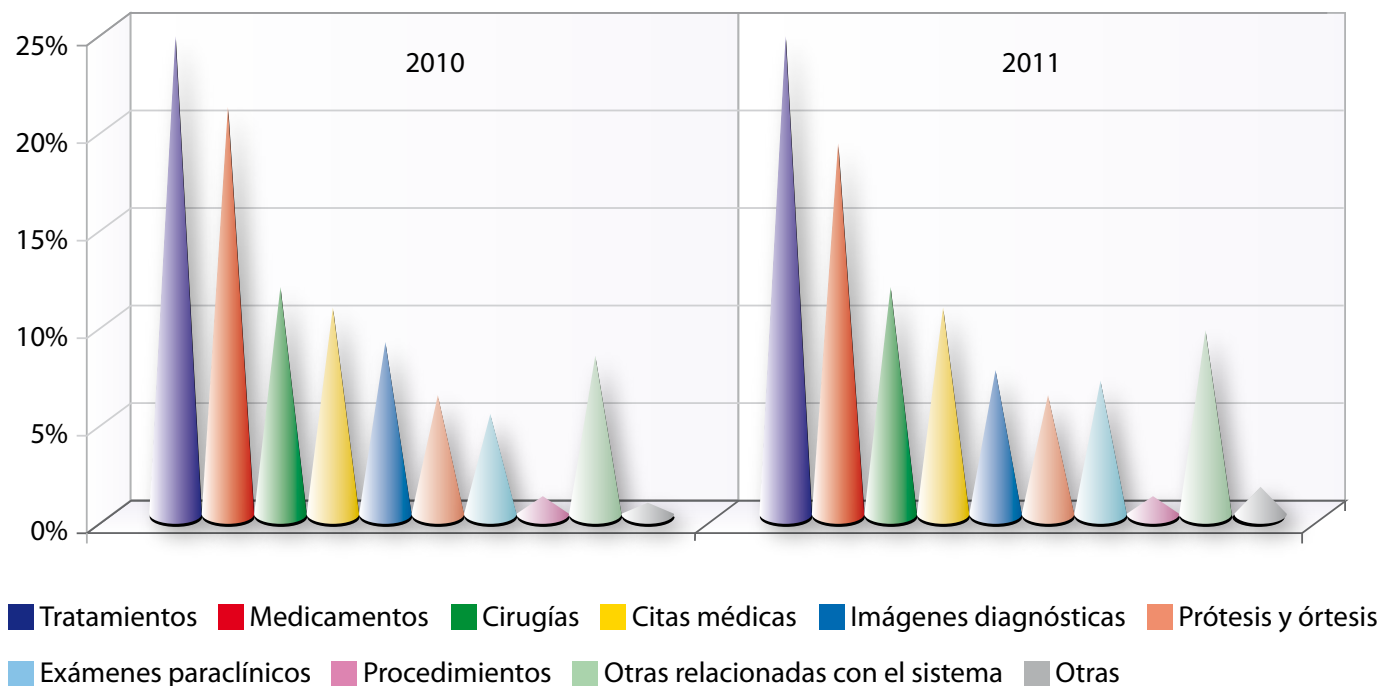
Tres intentos de ajustes a la Ley 100 han buscado mejorar la prestación del servicio de salud a la población colombiana. En 2007, mediante la Ley 1122, se le asignó a la Comisión de Regulación en Salud (CRES) la responsabilidad de definir y actualizar los planes de beneficios.

En 2009, durante la administración de Álvaro Uribe, el Ministerio de Protección Social declaró el Estado de Emergencia Social mediante el Decreto 4975, con el cual buscaba proveer de nuevos recursos al sector. Esta disposición fue declarada inexecutable por la Corte Constitucional, lo cual hizo más urgente la necesidad de una reforma estructural al sistema.

Recientemente, en 2011, fue sancionada la Ley 1438, con el objeto de fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a través de un modelo de prestación del servicio que, en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, permitiera una acción coordinada entre el Estado, las instituciones y la sociedad, cuyo fin era mejorar el sector, crear un ambiente sano y saludable que brinde servicios de mayor calidad, y hacerlo incluyente y equitativo para todos los residentes en el país. La iniciativa integra disposiciones que propenden por la unificación del plan de beneficios para todos los usuarios, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

⁵ Santa María, Mauricio (ed.). (2011). *Efectos de la Ley 100 en salud. Propuestas de reforma*. Bogotá: Fedesarrollo.

Contenido de las tutelas en salud



Sin embargo, los tres grandes ajustes a la Ley 100 no cumplieron con este cometido; mientras, las acciones de tutela siguen atiborrando los juzgados del país y la Corte.

Tutelas y urgencias, fórmulas salvadoras

La acción de tutela no ha sido solamente la tabla de salvación de los pacientes en Colombia. Las consultas por urgencias también han copado todos los espacios posibles, porque son la única manera de recibir atención oportuna. En las diferentes EPS del país, la atención del POS no resuelve una consulta general en menos de un mes, ni qué decir de las citas especializadas, las cuales tienen como requisito preliminar una general. Entre una y otra consulta pueden transcurrir hasta tres meses, lo cual desborda la atención en urgencias. La situación se repite a diario, según testimonio de beneficiarios que han vivido la experiencia. A estas demoras se suma la calidad de los medicamentos. Para citar un ejemplo, un paciente beneficiario del POS, enfermo del corazón y quien prefirió no divulgar su nombre, debe pagar atención privada por el ineficiente servicio de su EPS, y tiene que comprar sus medicamentos, porque ninguno está aprobado por el POS. “A todos los pacientes les formulan el mismo medicamento y los laboratorios son en su mayoría de garaje”, comentó el cardiólogo que lo atiende, refiriéndose al servicio que se brinda a través del POS.

Los preocupantes indicadores de atención en salud son más graves y aberrantes con los hallazgos de los entes de control sobre el manejo administrativo de las EPS. Estos pusieron en evidencia máxima el jugoso negocio montado con los recursos asignados a la Salud, que en el país representan no menos del 6% del producto interno bruto (PIB).

La insostenible situación económica del Instituto de Seguros Sociales, que se liquidó para darle paso a la Administradora Colombiana de Pensiones (Colpensiones), en mayo de 2007, y la quiebra de los hospitales, se sumó a la avanzada patología de despilfarro de los recursos asignados a la salud.

El sonado caso de Saludcoop resultó ser el capítulo más bochornoso de la “sala de urgencias” en la que se encuentra el sistema de salud. En dicha entidad, los recursos asignados por el

Participación de las tutelas de salud					
Periodo 1999-2011					
Año	Tutelas		Participación salud (%)	Tasa de crecimiento anual (%)	
	Total	Salud		Total	Salud
1999	86.313	21.301	24,68	-	-
2000	131.764	24.843	18,85	52,66	16,63
2001	133.272	34.319	25,75	1,14	38,14
2002	143.887	42.734	29,70	7,96	24,52
2003	149.439	51.944	34,76	3,86	21,55
2004	198.125	72.033	36,36	32,58	38,67
2005	224.270	81.017	36,12	13,20	12,47
2006	256.166	96.226	37,56	14,22	18,77
2007	283.637	107.238	37,81	10,72	11,44
2008	344.468	142.957	41,50	21,45	33,31
2009	370.640	100.490	27,11	7,60	-29,71
2010	403.380	94.502	23,43	8,83	-5,96
2011	405.359	105.947	26,14	0,49	12,11
Total	3.130.720	975.551	31,16		

Fuente: Corte Constitucional.

Estado a la salud fueron aprovechados ilegalmente para comprar desde lujosos condominios residenciales hasta patrocinios para equipos de fútbol y baloncesto, mientras que los juzgados se atiborran de acciones de tutelas y derechos de petición. Basta revisar algunos apartes del informe de la Contraloría General de la República, que culminaron en la apertura de juicio fiscal contra el entonces presidente de dicha EPS, Carlos Palacino.

La Contraloría Delegada imputó cargos contra las directivas de Saludcoop y las entidades del grupo, por el monto de \$1.773.981.698.000, cuantía, aclaró en su momento el organismo de control, sin indexar y sin incluir intereses o rendimientos que hubieran podido producir estos recursos en la liquidez del sistema.

El expediente de la Contraloría incluyó un acervo probatorio amplio y variado, con más de 700 evidencias reunidas en documentos de la EPS, soportes contables, pruebas testimoniales, versiones libres, actas de órganos de administración, información jurídica y contractual de Saludcoop.

Según el ente de vigilancia, “la EPS y sus directivas desconocieron la destinación específica dada por la Constitución y la ley a los recursos parafiscales de la salud, efectuaron un uso indebido de los recursos parafiscales a su cargo, en aprovechamiento propio y en detrimento del patrimonio estatal”.

El organismo de control encontró que “con recursos parafiscales de la salud, Saludcoop celebró contratos y todo tipo de negocios, incluso fuera del giro ordinario de sus actividades. Con estos recursos atendió inversiones en infraestructura, pagó donaciones a empresas del grupo y a equipos de fútbol, entre otros, realizó aportes de capital en sociedades nacionales y extranjeras, realizó pagos cuantiosos por comisiones de mercadeo, pagos de bonificaciones extraordinarias y sobresueldos elevados a sus trabajadores y en general, inversiones en propiedad, planta y equipo, construcción, remodelación y otros”.

La Procuraduría General de la Nación, por su parte, también abrió pliego de cargos contra Palacino, considerando que, aunque el directivo no es funcionario público, sería responsable disciplinariamente por tener a su cargo el manejo de recursos del SGSSS, considerados de uso público.

Derechos invocados en las tutelas					
Periodo 2010-2011					
	2010		2011		Variación (%)
	N.º tutelas	Part. en tutelas (%)	N.º tutelas	Part. en tutelas (%)	
Petición	162.983	40,21	180.265	44,47	10,60
Salud	94.502	23,31	105.947	26,14	12,11
Otros derechos económicos, sociales y culturales	89.227	22,01	101.578	25,06	13,84
Vida digna y dignidad humana	65.184	16,08	59.021	14,56	-9,45
Debido proceso y defensa	51.480	12,70	53.429	13,18	3,79
Vida	41.421	10,22	36.519	9,01	-11,83
Igualdad	20.261	5,00	22.923	5,65	13,14
Trabajo	10.843	2,67	10.219	2,52	-5,75
Libertad de enseñanza, educación, investigación	5.022	1,24	5.933	1,46	18,14
Integridad física	3.316	0,82	5.128	1,27	54,64
Intimidad, buen nombre y honra	4.053	1,00	4.212	1,04	3,92
Protección al menor y mujer embarazada	2.361	0,58	3.531	0,87	49,56
Personalidad jurídica	2.809	0,69	2.004	0,49	-28,66
Libertad individual	885	0,22	1.038	0,26	17,29
Libre desarrollo de la personalidad	574	0,14	716	0,18	24,74
Derechos colectivos y del medio ambiente	289	0,07	622	0,15	115,22
Libertad de expresión e información	245	0,06	413	0,10	68,57
Libertad de asociación	347	0,09	338	0,08	-2,59
Derechos políticos	306	0,08	338	0,08	10,46
Libertad de locomoción	130	0,03	201	0,05	54,62
Reparación e indemnización	1.471	0,36	151	0,04	-89,73
Libertad de culto	27	0,01	38	0,01	40,74
Libertad de escoger profesión u oficio	38	0,01	33	0,01	-13,16
Libertad de conciencia	28	0,01	21	0,01	-25,00
Otros	65	0,02	1.015	0,25	1.461,54
Total tutelas interpuestas	403.380		405.359		0,5

A partir de informes de la Contraloría, de la Superintendencia de Salud (que intervino la EPS) y de la Fiscalía, la Procuraduría consideró que entre 2007 y 2008, Saludcoop posiblemente dispuso de manera indebida de más de \$213.000 millones.

Tan solo en construcciones, Saludcoop invirtió en un año \$13.000 millones; adquirió la clínica Corpas en Bogotá por \$8.000 millones y consiguió el control de las EPS Cruz Blanca y Cafesalud, operaciones en las que desembolsó cerca de \$17.000 millones. Hizo, además, aportes a equipos de baloncesto como Piratas (\$227 millones) y Azucareros (\$98 millones).

En el historial hay otras entidades que también han visto crecer sus ingresos con lo que se ha convertido en el negocio de la salud. La misma Contraloría, en diciembre de 2008, señaló que además de Saludcoop, cuatro EPS (Susalud, Coomeva, Sanitas y Salud Total) estaban entre las cien empresas más grandes del país, debido a su dinamismo en ventas de servicios, registrando ingresos operacionales superiores a los obtenidos en 2007.

Al margen de estos hechos, los colombianos han tenido que lidiar con los denigrantes “paseos de la muerte” debido a que pacientes en graves condiciones de salud han sufrido el rechazo de centros hospitalarios, ante la falta del pago de servicios por parte de las administradoras de recursos. También, con las altas tasas de morbilidad y mortalidad, especialmente en zonas



"No queremos una ley para el Ministerio de Salud sino una ley de la salud", señala el profesor Saúl Franco.



Para investigadores como el doctor Mario Hernández, la ley estatutaria también limita el uso de la acción de tutela en la exigencia del derecho a la salud.

apartadas del país, en particular la región del Pacífico, y con los altos precios de los medicamentos que no aparecen en las listas del POS y por lo tanto deben ser pagados con el dinero de los pacientes o de sus familias.

Dos leyes en observación

La andanada de evidencias sobre el enfermizo servicio de salud, pese a estar consignado como un derecho fundamental, fue llenando de argumentos al Gobierno nacional, que durante la actual administración anunció la promulgación de una nueva ley de salud, para la cual se requería la presentación de dos proyectos: el de la ley estatutaria y el de la ley ordinaria.

La primera, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, fue aprobada en junio de 2013, ante un llamado de urgencia por parte del presidente de la República, Juan Manuel Santos, quien ha repetido en varias alocuciones y en comunicados de prensa que “la salud es uno de los temas que más preocupan a los colombianos, al Gobierno y al Congreso”.

Hoy, tal iniciativa se encuentra en proceso de revisión por parte de la Corte Constitucional, antes de la sanción presidencial. El tribunal deberá pronunciarse básicamente en torno a si la ley es coherente con el concepto de salud y los derechos contemplados en la Constitución y el llamado bloque de constitucionalidad, que involucra toda la concepción de derechos que tiene la jurisprudencia nacional e internacional frente al tema.

Desde ya, la Comisión de Seguimiento y Reforma del Sistema de Salud (CSR) prevé que dicha ley será devuelta por vicios de fondo. Así lo explica uno de sus integrantes, el doctor Saúl Franco, académico e investigador de las universidades Nacional y Santo Tomás: “el Gobierno eliminó de la ley estatutaria el derecho a la vida, a la libertad, a morir dignamente, a no ser sometido a torturas, a tener vivienda, a un ambiente sano, a la educación, y a bienes y servicios de salud”. Se trata de dimensiones integrales del derecho a la salud que, en su opinión, no se tuvieron en cuenta.

Si bien el profesor Franco recuerda que desde un comienzo el ministro de Salud, Alejandro



El ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria, considera que muchas personas aún no han entendido el proyecto de ley ordinaria de la reforma a la salud.

Gaviria, se opuso a incluir estos derechos propuestos por la Comisión, argumentando que temas como el de vivienda o educación le corresponden a otros ministerios, considera que la salud no depende de una sola cartera, sino del Estado en su totalidad. “El derecho a la salud no se puede seguir limitando solo a la atención de las enfermedades, que es donde se hace la plata. No queremos una ley para el Ministerio de Salud sino una ley de la salud”, señala.

El doctor Mario Hernández, académico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, también tiene serios reparos: “el proceso por el cual se aprobó en el Congreso la ley estatutaria fue bastante atropellado, lleno de dificultades, y en la fase final tuvo una serie de errores de procedimiento que seguramente la Corte tendrá en cuenta y devolverá”. En su opinión, lo aprobado tiene problemas de constitucionalidad, porque limita el derecho al acceso a unos servicios, a un plan de beneficios con exclusiones explícitas bajo criterios que exigen evidencias científico-técnicas, lo cual resulta muy difícil en todos los procesos.

Asimismo, encuentra nocivo el criterio de sostenibilidad fiscal contemplado en la ley estatutaria, y según el cual “el Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar de manera progresiva el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal”. Sobre este punto, el profesor Hernández considera que se está determinando hasta dónde llega el Estado.

Para los investigadores, la ley estatutaria también limita el uso de la acción de tutela en la exigencia del derecho a la salud, lo cual tampoco se rige a la Constitución Nacional, poniéndole freno a la única herramienta jurídica para reclamarle al sistema una atención médica oportuna y eficiente.

Al respecto, el presidente Santos ha hecho una interpretación distinta. Refiriéndose a la ley ordinaria, precisó: “se está haciendo también en esta ley algo muy importante, que va a evitar

que millones de colombianos tengan que acudir a las tutelas, y tengan que estar sometidos a todo tipo de trámites para que los atiendan. La solución sencilla, pero muy importante, es que se va a ampliar el plan de beneficios; o sea, más enfermedades van a estar incluidas en el plan de beneficios para que la gente no le toque acudir a las tutelas para que los atiendan por esas enfermedades”, apuntó en un comunicado de prensa⁶.

Acerca de las pocas posibilidades que le quedarían a los colombianos de seguir acudiendo a la acción de tutela para reclamar sus derechos en asuntos de salud, la ley estatutaria⁷, en su artículo 16 dice textualmente: “Acción especial de nulidad en salud. Contra los actos administrativos de carácter general que contengan decisiones de exclusión de un servicio o tecnología de salud se podrá interponer la acción de nulidad ante el Consejo de Estado. La acción deberá ser decidida en un término no superior a 60 días”.

Académicos y voceros de organizaciones vinculadas al sistema de salud aseguran que con el esquema que plantea la nueva ley estatutaria, las reclamaciones que permitía la tutela, ahora tendrán que hacerse ante el Consejo de Estado, mediante un trámite que duraría mínimo dos meses, pero con el cúmulo de acciones de nulidad que se puedan presentar resultará un procedimiento más complejo y demorado. “Habrá que ver la lista de exclusiones que se determinan en la ley, para lo cual se tendrá que hacer un decreto reglamentario, y sobre las cuales no habrá lugar a presentar una acción de tutela”, señala el profesor Franco.

La Asociación de Pacientes de Colombia expresó la misma preocupación. Laura Ramírez, vocera de la organización, explica: “un paciente que no recibe la atención o el tratamiento adecuado tendría que hacer la reclamación mediante un acto administrativo que iría ante un juez de la República para que no falle a su favor. En tales circunstancias, este paciente tendría la opción de pedir la nulidad de tal acto administrativo ante el Consejo de Estado, y si dicho tribunal la deniega, la opción es interponer una acción de tutela. Para ese tiempo ya habrán transcurrido al menos dos meses sin recibir el servicio solicitado”.

Cabría preguntarse si la Corte Constitucional aceptará que este tipo de criterio pueda aplicarse cuando está en riesgo la vida de una persona, para cumplir con el bloque de constitucionalidad que obliga al Estado colombiano a garantizar el derecho fundamental al acceso a bienes y servicios de salud que se requieran con necesidad, como dice la Sentencia T-760/08, precisó el doctor Hernández en una columna de análisis⁸.

Desde la Comisión de Seguimiento, integrada por delegados de cinco universidades, voceros de gremios de pacientes, mujeres, sindicatos y organizaciones campesinas, entre otros actores de la sociedad civil, se presentó un proyecto de ley estatutaria. Según el doctor Saúl Franco, este fue ignorado a la hora de redactar la iniciativa aprobada por el Congreso de la República. En cambio la propuesta presentada por la Junta Médica Nacional, que la integran varias organizaciones, sí fue acogida en su totalidad, lo que podría obedecer, según el doctor Mario Hernández, a una negociación política para la posterior aprobación de la ley ordinaria.

Sobre la propuesta presentada por la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud, ANSA, en representación de la sociedad civil, la decepción es total. “No acogieron nada, nos sentimos técnicamente negados”, sostiene el doctor Franco, al precisar que el Gobierno se olvida que la salud no es solo el derecho a la enfermedad. “Es hora de aprovechar esta crisis para dar un paso adelante, no atrás. Esta jurisprudencia no la inventamos, la ha construido la humanidad”, advierte, al defender los proyectos de ley que la Comisión presentó oportunamente ante el Congreso y el Gobierno nacional.

Luis Carlos Avellaneda, senador de la República, dejó una constancia, en uno de cuyos apartes reza: “la reforma al sistema de salud no ataca el núcleo del problema que ha afectado a este sector,

⁶ Comunicado de prensa Sistema de Información Gubernamental, SIG, Bogotá, octubre 9 de 2013.

⁷ Ley Estatutaria de Salud, artículo 16. *Gaceta No. 153*, del 26 de julio, firmada por el secretario general del Congreso, Jorge Humberto Mantilla.

⁸ Hernández Álvarez Mario. (2013). www.razonpublica.com, junio 6. Bogotá.



Las consultas por urgencias se convirtieron en otra de las pocas alternativas de los usuarios para exigirle al sistema de salud, una atención médica oportuna.

como es el alto lucro obtenido por las EPS, que han logrado niveles de ganancia superiores al 30% del total de los recursos del SGSSS; por el contrario, les permite ampliarla al continuar la transformación de los subsidios a la oferta que le eran transferidos a las entidades territoriales y con los cuales se garantizaba el funcionamiento de los hospitales públicos, en subsidios a la demanda, fortaleciéndose aún más la posición dominante que han venido disfrutando estas entidades, desde que fue promulgada la Ley 100 de 1993, circunstancia que emplean para contratar a las IPS privadas y públicas en condiciones desfavorables tanto para estas como para los usuarios, quienes ven un detrimento en la calidad de la atención en salud que reciben”.

La congresista Ángela María Robledo, en uno de sus pronunciamientos ha cuestionado los principios que rigen la ley estatutaria presentada por el Gobierno. En constancia entregada a la Cámara de Representantes, el 16 de junio de 2013, indica que “el actual modelo de aseguramiento rompe con la premisa de que la vida es sagrada, ya que deja de atender a muchos ciudadanos por no estar afiliados, por no tener recursos, por ser personas negras o campesinos pobres que viven en zonas apartadas. Los casos de muerte son numerosos. En los últimos años, casi cada mes muere una persona por estas razones”, asegura, mientras cita tres ejemplos: el del niño Juan Manuel Lemus, de 5 años, quien padecía leucemia y vivía en el Chocó. Tenía que ser trasladado a Bogotá para ser atendido en el hospital Simón Bolívar. Sin embargo, la tutela no salió a tiempo, la EPS no entregó los pasajes y el pequeño falleció.

Desde la mirada de la Comisión de Seguimiento, se debe aprovechar la oportunidad de una reforma para consolidar un modelo de salud incluyente que atienda efectivamente las necesidades de toda la población colombiana.

En el ámbito internacional, hay sistemas de salud que han alcanzado niveles de cobertura casi totales de su población, explica el doctor Franco, citando como ejemplo a Inglaterra,



Los pacientes han sido los más afectados con los malos manejos de los recursos por parte de las EPS y con los altos costos de los medicamentos que no cubre el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Canadá e Israel. En Latinoamérica, destaca el Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil. “Visitó recientemente Inglaterra y observó que el debate en salud se centra en que el sistema es efectivo durante el día, pero de noche baja la guardia, lo que aprovecha el sector privado para hacer de las suyas”, comentó al respecto.

En Israel, las inconformidades hacen alusión a la demora para pasar de atención primaria a la de segundo y tercer nivel, afirma el académico de la UN.

En el sistema de seguridad social de Estados Unidos, los empleadores cubren casi dos tercios de las contribuciones. Sin embargo, a diferencia de Colombia, la afiliación a salud no es obligatoria, lo que hace que, a pesar de tener una alta cifra de recursos para el sector, no se logre la cobertura de toda la población, analiza el doctor Mario Hernández. Asegura que, “en EE.UU., cerca de 17% del PIB se destina a la salud, pero muestra los peores indicadores en cobertura, con alrededor de 50 millones de habitantes por fuera del sistema. El problema es que se estimula la gran empresa y el lucro, por lo cual resulta costosísimo el servicio. Allá no se protege el derecho universal a la salud”.

Luego de revisar casos como los mencionados, el vocero de la Comisión de Seguimiento asegura que “no nos estamos casando con un modelo. Miramos todo para construir uno que se ajuste a nuestro contexto”.

Ley ordinaria: pronóstico reservado

Los reparos a la ley ordinaria, consignada en el Proyecto de Ley 210 de 2013, “por medio del cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud”, presentado por el Ministerio de Salud y Protección Social, no son menores.

Según el Ministerio de Salud, dicha iniciativa, que hace trámite en el Congreso de la República, tiene el gran objetivo de “reducir las barreras de acceso a servicios, para elevar su calidad y continuidad; además de reducir la intermediación financiera y elevar la transparencia para recuperar su legitimidad y la confianza entre los actores, garantizando una mejor regulación y supervisión”.

En efecto, el primer artículo de la propuesta legislativa expresa que dicha ley “tiene por objeto redefinir el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el propósito de garantizar el goce efectivo de este derecho fundamental. Establece los principios del sistema, los instrumentos para la gestión de la salud pública y la atención primaria, el marco a partir del cual se regulan los beneficios en salud, la operación, gestión y administración de la prestación de los servicios, el manejo unificado de los recursos de este sector a través de la creación de una entidad de naturaleza especial, algunos procedimientos de inspección, vigilancia y control, el fortalecimiento de la gestión del talento humano, el régimen laboral aplicable a los servidores públicos de las empresas sociales del Estado (ESE) y su fortalecimiento, y un régimen de transición para la aplicación de lo dispuesto en la presente ley”.

La reforma, según el Ministerio, se hace urgente ante las barreras de acceso a los servicios de salud y fallas en la promoción y prevención, la falta de pago oportuno a los prestadores de los servicios y fallas generalizadas en las empresas promotoras, el uso inadecuado de los recursos por corrupción e ineficiencia, la atención deficiente en las zonas especiales (dificultades de acceso para minorías étnicas y habitantes de zonas dispersas) y la pérdida de legitimidad del sistema.

El propósito incluyente y cualitativo de este derecho, sin embargo, no parece reflejarse en el contenido de la propuesta legislativa, según la Comisión de Seguimiento. Sus integrantes, que en su momento también presentaron un proyecto de ley ordinaria, consideran que en los 11 capítulos y 83 artículos de la versión de la iniciativa en discusión no solo no se cambia sino que se consolida el actual sistema de salud que ya evidenció su inconveniencia.

En contraste con esta visión, el ministro de la cartera, Alejandro Gaviria, asegura: “el nuevo proyecto plantea una ruta hacia un modelo más eficiente y sencillo que asegura que no se le niegue a nadie el servicio, acaba con la intermediación financiera y es más transparente”. Así, contempla cuatro fórmulas: Salud Mía, fondo único que administraría los recursos del sistema con transparencia y vigilancia; Mi Plan, un plan de beneficios único para afiliados que incluye todas las patologías; gestores de servicios de salud (GSS), encargados de acompañar a los ciudadanos en su paso por el sistema de salud, con responsabilidad en el buen servicio para los afiliados y no en los rendimientos financieros; y un sistema de prestación de servicios organizado por áreas de gestión sanitaria, con redes cercanas a los ciudadanos.

Aunque en el papel la norma parece atender el clamor de la población a recibir atención adecuada y oportuna, los cambios que plantea el Ministerio son fundamentalmente “de forma y nombre, pero no de fondo”, asegura el doctor Saúl Franco.

El académico cita como ejemplo la creación los GSS, que reemplazarían las EPS: “son lo mismo, pero con mayor poder. Basta leer el artículo 32, uno de los más extensos, que en 19 literales determina sus funciones. En uno de estos establece que los GSS tendrán la facultad de auditar las facturas de los servicios prestados y ordenar los pagos correspondientes. Para las agremiaciones defensoras del derecho a la salud, este tipo de funciones conllevarían a que estos gestores quedaran con mejores garantías e incentivos que las EPS.

En su primer aparte, el artículo 41 señala: “el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un sistema de pago por desempeño que incentive a los GSS y a los prestadores de servicios de salud a alcanzar los mayores logros posibles en el mejoramiento del estado de salud de la población, el mejoramiento de la calidad de la atención, la satisfacción y experiencia del usuario, y la adecuada utilización de sus recursos”.

En opinión del profesor Franco, el fondo especial a que hace alusión el artículo 78, constituye, de igual manera, un sólido blindaje financiero. Según la norma, el Fondo de Garantías para el sector salud funcionará como una cuenta especial sin personería jurídica, administrado por la unidad de gestión Salud Mía, cuyo objetivo es proteger la confianza de los agentes del sistema y asegurar la continuidad en la prestación del servicio de salud, preservando el equilibrio y la equidad económica de dicho sistema.

Bajo esas circunstancias, Saúl Franco afirma que las EPS, en vez de desaparecer, “pasarían a mejor vida”.

El senador Mauricio Ospina, quien presentó ponencia negativa al proyecto de ley ordinaria, expuso sus reservas frente al esquema del Fondo Salud Mía. “Crear un fondo único con funciones de administración de los recursos es muy inteligente, pero otorgarles el poder completo a las GSS, hoy EPS, para que manejen los recursos del sistema mediante la figura de la fiducia, merece total reproche. Las EPS realizaron actos de corrupción inimaginables y se apoderaron de miles de millones de pesos. Con la reforma se les otorga nuevamente el manejo y control total de los recursos y se les premia con una gran entidad, cuyo gasto es asumido por el Estado, que manejará al mejor estilo de una fiduciaria los recursos públicos de la salud”.

Sobre Mi Plan, considera como agravante que lo que no cubría el POS, al que reemplazará, se solicitaba a través de una acción de tutela. Con la reforma, para reclamar un servicio que figura en las exclusiones, se tendrá que acudir al Consejo de Estado, trámite que dura no menos de dos meses. Dado el cúmulo de solicitudes, se cierne el riesgo de que esta instancia jurídica colapse, con lo cual los beneficiarios de la salud quedarán aún más desamparados.

Para el profesor Franco, Salud Mía (que asumirá las funciones del Fosyga en el manejo financiero), será un megabanco encargado del manejo unificado de los recursos del sistema, además de la administración de la afiliación, el recaudo de las cotizaciones y la administración del nuevo Fondo de Garantías para el Sector Salud, que será el blindaje ya enunciado de los GSS. “Es tratar de cambiar en el imaginario de la población la maravilla de la salud por los millones de pesos que pagamos por la atención y de los que se lucran hoy las EPS y, mañana, los GSS”, acentúa.

También insiste en que en el proyecto de ley ordinaria se mantienen el ánimo de lucro y la intermediación financiera, razón por la cual continuarán los copagos y cuotas moderadoras. Eso no es todo, dice el académico de la UN: “como también persisten los regímenes contributivo y subsidiado, continuarán las inequidades y el incumplimiento del mandato legal y de la Corte Constitucional (Sentencia T-760 de 2008), sobre igualar los regímenes”.

Uno de los artículos que más le preocupa es el que establece que los médicos podrán especializarse dentro de los mismos hospitales. “Estamos ante el curioso invento de hospitales universitarios sin universidades, ante el riesgo de una drástica caída en la calidad académica de la formación de especialistas y ante el intento de redondear el negocio: gestor-prestador-formador”.

El presidente Juan Manuel Santos no parece compartir esta mirada académica, pues considera que facilitar la especialización de manera autónoma por parte de los hospitales universitarios, permitirá superar una acumulación en el sistema que se traduce en que los pacientes tienen que esperar mucho más tiempo para que los atiendan, sobre todo cuando se trata de especialistas.

En concepto del mandatario nacional, el esquema introducido en la ley les da más oportunidades a los estudiantes de medicina para convertirse en especialistas y rompe los cuellos de botella en esta materia. Valiéndose de un ejemplo, Santos destaca el alcance de este artículo: “nada más hay



La crisis económica de los hospitales públicos ha sido otro de los grandes problemas para ofrecer una adecuada atención en salud.

200 oncólogos para tratar los cerca de 70.000 casos de colombianos con cáncer que se presentan cada año. ¿Ello significa que cada paciente debe esperar tres y cuatro meses para ser atendido, tiempo en el que puede morir. Eso será resuelto con esta ley”.

El doctor Juan Carlos Giraldo, director de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, justifica este esquema ante la escasez de algunos médicos especialistas que no quieren estar en la nómina. Problema que se debe solucionar. “Se aprende en la práctica, en los hospitales. Que me muestren el valor agregado de muchas universidades”, dijo el experto, al anotar que este tipo de titulaciones otorgadas por los hospitales han sido constantes en países como EE.UU. e Inglaterra.

En contraposición, el doctor Germán Fernández, vicepresidente de Asuntos Gubernamentales de la Federación Médica Colombiana, está convencido de que “las universidades son las que deben tener la capacidad de titulaciones y los hospitales deben atender a enfermos”.

La red pública hospitalaria nacional constituye otra gran preocupación para el profesor Saúl Franco, quien cuestiona abiertamente que la Ley no fortalezca al sector público. En la iniciativa, encuentra que los recursos para este fin solo se asignarán si quedan excedentes después de atender el aseguramiento en salud, de acuerdo con el artículo 16, que en su literal h señala: fortalecimiento de la red pública hospitalaria: “este gasto se hará en la respectiva vigencia siempre y cuando se encuentre garantizado el aseguramiento en salud”. En este momento, la deuda con los hospitales asciende a \$14 billones. Entonces, nunca habrá recursos para la red hospitalaria, afirma. Reitera que al primar la garantía del negocio en la reforma, en el capítulo VIII, sobre inspección, vigilancia y control, en lugar de fortalecer dichos mecanismos y “ponerle dientes” a la Superintendencia Nacional de Salud y demás instituciones relacionadas, se reglamenta hasta en el más mínimo detalle las posibles intervenciones por parte de las EPS o GSS.



El proyecto de ley de reforma a la salud, contempla la formación de especialistas en hospitales universitarios, lo cual es criticado por la academia.

Franco rechaza de igual manera el contenido del artículo 81 de la citada ley, según el cual los gerentes o directores de las empresas sociales del Estado serán de libre nombramiento y remoción por parte de la autoridad nacional o territorial competente. En su opinión, este apartado demuestra una vez más que “lo que realmente importa no es la calidad de la atención, ni la competencia en la gestión sino la satisfacción de los apetitos burocráticos de los poderes locales, regionales y nacionales”.

En ese mismo sentido se pronunció la senadora Gloria Inés Ramírez: “¿puede alguien poner en duda que la salud en Colombia se convirtió en un lucrativo negocio que les produce caudalosas ganancias a los capitalistas, y ha sido posible gracias a la política privatizadora del Gobierno y a las leyes aprobadas en el Congreso de la República por las mayorías gobiernistas para favorecer los intereses privados?”.

En medio del debate que cursa en el Senado, el ministro Gaviria reitera su llamado para aprobar el controvertido proyecto de ley. “Hay dificultades, pero quiero transmitir un sentido de urgencia, esta reforma se necesita, esto no es para resolver problemas para dos o tres años”. Según el funcionario, hay temas de la reforma que dan espera, como la solución a los problemas de oferta o especialidades médicas; pero otros no, como la crisis financiera del sector o el mejoramiento de la oportunidad y la calidad en la prestación de los servicios.

“Creo que dada la urgencia con la que el país necesita cambiar el sistema de salud, incluso en coyuntura preelectoral, es mucho más importante discutir esta reforma que cualquier otra cosa, porque es uno de los problemas más acuciantes que tienen los colombianos”, enfatizó en uno de sus más recientes llamados de urgencia el jefe de la cartera de salud.

Fórmula equivocada

Como la senadora Gloria Inés Ramírez, otros congresistas se han pronunciado en contra del proyecto de ley ordinaria. En sus recurrentes intervenciones ante el Congreso, el senador Jorge Enrique Robledo se ha ido lanza en ristre contra la nueva reforma: “desde el comienzo se planteó una falsedad monumental. El jefe de Estado (Juan Manuel Santos) se atrevió a decir que esta reforma acababa con las EPS, y ya a estas alturas yo diría que el cuerpo médico, las asociaciones de especialistas, los profesores de la Universidad de Antioquia, la contralora Sandra Morelli, todos, hemos coincidido en la idea de que no es cierto que las EPS se vayan a acabar. Tengo que lamentar que este proceso haya empezado así”. En declaraciones más recientes, a comienzos de octubre de 2013, el congresista consideró que la actual reforma debe hundirse.

Asimismo, la Asociación Colombiana de Pacientes y la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas se han pronunciado en contra de la iniciativa. El director de este último gremio, Juan Carlos Giraldo, en un foro sobre la Reforma a la Salud, realizado en el marco del XVI Congreso de Ciencias Básicas y Especialidades Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y la Asociación de Exalumnos de Medicina de la UN (Aexmun), señaló: “no debatir y cambiar el sistema desconoce que la reforma está justificada, pues existe gran cantidad de gente enferma y sufriendo con el régimen de salud actual. Si bien este ha contribuido a mejorar en años de vida perdidos, se ha empeorado en años de vida ajustados por discapacidad, y en áreas como mortalidad materna, sífilis congénita o VIH, que podrían disminuir con mejor atención. El actual sistema de salud es como una catástrofe humanitaria. Los profesionales de la salud no aguantamos más, ni la sociedad debería aguantar más”, fue su mensaje final.

En el mismo escenario, el vicepresidente de Asuntos Gubernamentales de la Federación Médica Colombiana, doctor Germán Fernández, aseguró que tampoco se puede confiar en órganos como las superintendencias o el Ministerio que operan al servicio de las EPS, donde los enfermos estorban y no promueven la salud sino la utilidad.

Según el doctor Fernández, la Superintendencia Financiera, encargada de supervisar a las administradoras de riesgos laborales, no ha hecho mucho, pues estas no cumplen la función que les corresponde, teniendo en cuenta que recaudan billones de pesos de acápites. “Le toman el pelo a los trabajadores, porque una reclamación laboral se convierte en un viacrucis”.

Como integrante de la Comisión de Seguimiento, el doctor Saúl Franco señala que este grupo no está en contra de la reforma a la salud y de ninguna manera se opone a la participación de la empresa privada. Tampoco creen que se tenga el modelo ideal de reforma, pues no existe un modelo ideal, afirma. “A lo que se le debe aportar es a un Estado garante del derecho a la salud, que regule a las empresas encargadas de administrar los recursos, y estas a su vez no sean con ánimo de lucro. Así, se podrían evitar la continuación de los descalabros financieros actuales, como el de Saludcoop, en donde se repartían las ganancias y con las migajas atendían a los pacientes”, advierte.

La convicción del vocero de la Comisión es que con los recursos que hoy destina el Estado a la salud —que sobrepasan los \$40 billones— alcanza para atender a los pacientes, prevenir las enfermedades, promocionar la salud y apoyar la investigación. “Lo que no alcanza es para la voracidad de ganancias de entidades como Saludcoop y otras compañías de la salud”.



Son frecuentes las largas filas de los usuarios para tener acceso al derecho fundamental a la salud.

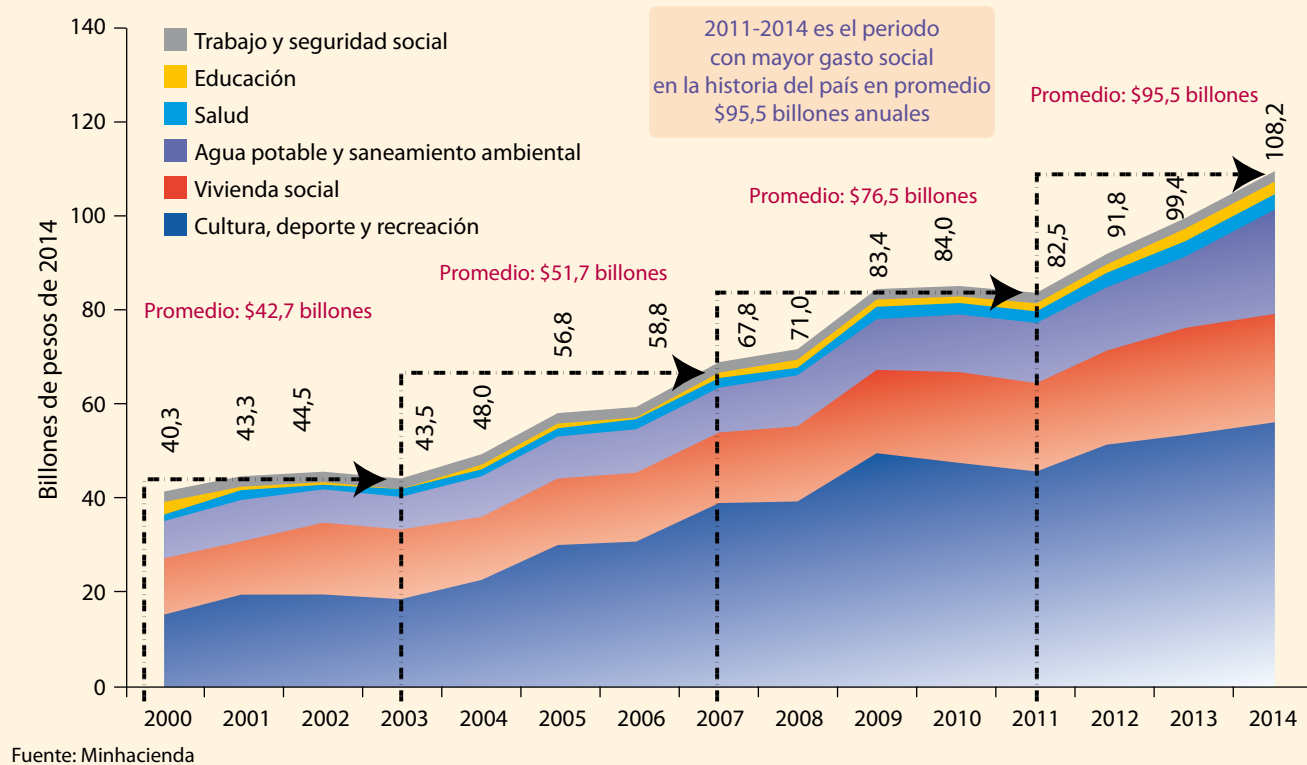
Sube la presión

Para el presidente Santos es evidente la diversidad de intereses que se mueven a la hora de reformar el sistema de salud en Colombia. En uno de sus llamados al Congreso para avanzar en la aprobación de la ley ordinaria señaló: “esta es una ley que tiene intereses variados y muchas veces encontrados; lo que le conviene a un sector no le conviene a otro. Por eso ha sido tan difícil encontrar puntos medios o consensos”.

Precisamente, en torno a los consensos, el doctor Mario Hernández asegura que cuando la Comisión de Seguimiento presentó su propuesta legislativa ante el Congreso, hubo congresistas de seis grupos políticos que la apoyaron. Entre otros, legisladores del Polo Democrático, el Partido Verde y el Partido Liberal. Infortunadamente, en desarrollo del proceso, las presiones tanto del Gobierno como de las EPS y del sector farmacéutico terminaron desdibujando el proyecto inicial, para llegar a una ley que responde más a los intereses comerciales de quienes le han sacado tantas ganancias al sistema que a quienes deben ser directamente beneficiados: los usuarios”, concluye Hernández.

Vale la pena recordar que el senador Jorge Eliécer Ballesteros, ponente de la reforma, tuvo que declararse impedido para seguir participando en el debate, debido a que recibió dinero para su campaña por parte de una IPS de la Guajira. Ballesteros participó en la elaboración del articulado, de las audiencias públicas y de la elaboración de las ponencias, pero solo a última hora habló de su impedimento.

Gasto social - Evolución del gasto - Componentes

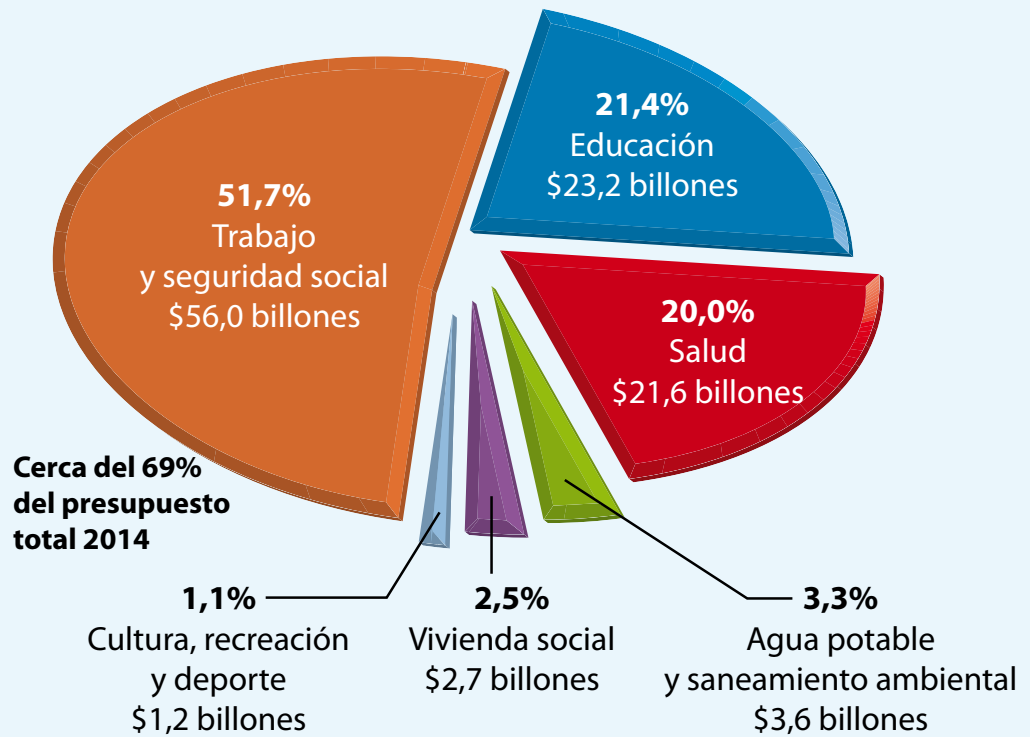


Para Saúl Franco, quien también se pronunció sobre las presiones ejercidas por intereses particulares a la hora de redactar la ley ordinaria, es lamentable ver a funcionarios del Gobierno, a directivos de las EPS y a delegados de los laboratorios haciendo *lobby* en el Congreso para tratar de acomodar el proyecto de ley a sus jugosas ganancias, en detrimento de la salud de los colombianos. De ahí que el proyecto presentado por la Comisión terminó en un archivo más, mientras la nueva ley se abre paso con un articulado que, en opinión de los doctores Hernández y Franco, termina siendo un retroceso del sistema actual. “Existen propuestas concretas y consistentes, tanto de ley estatutaria (los Proyectos 105 y 112, Senado-2012), como de ley ordinaria (233 Senado-2013), surgidas de diferentes sectores sociales, que no han merecido la suficiente atención ni del Congreso, ni de los medios de comunicación, ni de la sociedad en su conjunto”, precisa el doctor Franco en un documento de análisis sobre la reforma a la salud.

La escasa resonancia que han tenido las propuestas presentadas por la Comisión no los hace desfallecer en su intento por lograr un cambio estructural en el sistema de salud.

Al respecto, el doctor Hernández recomienda insistir en procesos de comunicación masiva para que los colombianos entiendan lo que está en juego, adelantar debates regionales alrededor del nuevo sistema para que la gente sea consciente de lo que significa la reforma y su punto de vista tenga impacto en las elecciones. Todo el mundo debe saber cómo se portan los congresistas cuando hay que decidir sobre cambios profundos como el de la reforma a la salud. La comisión, por su parte, convocará una reunión estratégica en noviembre para facilitar la movilización social y ejercer presión desde la sociedad civil. Se le dirá al Gobierno y al Congreso que no sigan manteniendo este negocio”, señala.

Gasto social 2014 - Total: \$108,2 billones



Fuente: Minhacienda

Conclusiones

La inequidad, la corrupción y el manejo de los recursos de la salud como un negocio para las entidades prestadoras de este servicio y para las multinacionales farmacéuticas, fueron los ingredientes que motivaron la nueva reforma, consignada en las leyes estatutaria y ordinaria de 2013.

Vicios de constitucionalidad pueden llevar a la Corte a declarar inexecutable la ley estatutaria aprobada por el Congreso de la República y pendiente de la sanción presidencial.

Pese a los intentos de la sociedad civil por participar en la propuesta de reforma a la salud, con iniciativas legislativas presentadas oportunamente para su discusión, el Gobierno nacional sigue manteniendo un modelo que no ofrece las garantías necesarias para responder a este derecho de la población, aseguran expertos en el tema.

Colombia está ad portas de cambiar su sistema de salud, pero sin mayores probabilidades de avanzar en su garantía como derecho, tal como lo establece la Constitución Política Nacional. Esta oportunidad requiere mayor participación de la sociedad civil, con el fin de presionar de manera contundente la inclusión de contenidos propuestos por expertos que, durante los últimos veinte años, han estado al tanto de la legislación proferida alrededor del SGSSS y sus efectos sobre el derecho a la salud en el país.



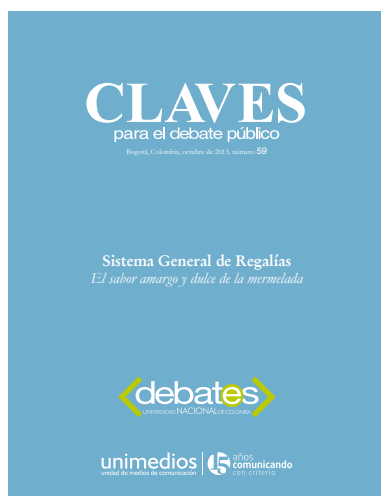
En el Senado de la República, el ministro de Salud ha pedido respaldo al proyecto de reforma. El trámite ha resultado demorado.

La sociedad solo se apersona de este tema cuando sufre directamente una dolencia no atendida o cuando alguno de sus familiares muere como consecuencia de un servicio ineficiente.

Si Colombia reinvertiera adecuadamente los recursos asignados a la salud, todas las personas, sin distinción de estratos social, podrían tener financiado su acceso al sistema, según estimativos económicos realizados por el doctor Saúl Franco, integrante de la Comisión de Seguimiento y Reforma del Sistema de Salud (CSR).

Expertos en la materia ven más viable que el proyecto se hunda, para hacer una discusión más profunda el año entrante, con un nuevo Congreso y con la posibilidad de armar otro escenario de discusión. “Eso sería lo menos malo”, concluye el profesor Mario Hernández.

Claves puede ser consultado en
<http://www.agenciadenoticias.unal.edu.co/nc/claves/>



Edición anterior



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

UNIDAD DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN
UNIMEDIOS
CENTRO DE INFORMACIÓN

Bogotá, Colombia, octubre de 2013, número 60

Producción

Unimedios

Impresión

Panamericana Formas e Impresos S. A.

ISSN: 1909-9096

Esta es una publicación de la
Unidad de Medios de Comunicación
(Unimedios)
Universidad Nacional de Colombia
Edificio Uriel Gutiérrez
Carrera 45 n.º 26-85, of. 531
PBX: 316 5000, ext. 18109