

ESTA ES LA BASE DE LA REFORMA

Tomado de

EL TIEMPO



De acuerdo con Santana –sociólogo, filósofo, profesor universitario y autor de varios libros–, la Comisión de Seguimiento es un organismo asesor de la Corte Constitucional, (reconocido a través del Auto 316 de 2010) integrada por organizaciones médicas, hospitalarias, de pacientes, sindicales y otros representantes de la sociedad civil.

Desde su inicio, la comisión ha presentado informes a la Corte y, en el 2021, después de una cumbre social y discusiones en más de 30 comisiones, elaboró una propuesta de reforma que fue presentada a todos los precandidatos presidenciales, de los cuales Gustavo Petro manifestó que de ser elegido presidente la adoptaría. En tal sentido, desde la posición del presidente se han reforzado las discusiones hasta elaborar la propuesta actual.

Santana habló con EL TIEMPO sobre dicho proyecto.

¿Qué es la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760? ¿Quiénes la integran?

La Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y por una reforma estructural al sistema de salud es una instancia de la sociedad civil conformada por organizaciones sociales como la Federación Médica Colombiana, la Asociación de Pacientes de Alto Costo, La Central Unitaria de Trabajadores, Ifarma, la Asociación de Empresas Sociales del Estado, ACESI, la Corporación Latinoamericana Sur, La Mesa por del Derecho la Salud de Antioquia, y otras organizaciones y movimientos sociales por la salud. Es un organismo asesor de la Corte Constitucional reconocido por ella mediante Auto 316 de 2010 para hacer seguimiento a las 16 órdenes generales de la Sentencia T- 760.

Desde ese año rinde informes sobre el cumplimiento de la Sentencia. Esta Comisión fue la que preparó el borrador de propuesta de la Ley Estatutaria de Salud que fue presentada al Congreso de la República en el mes de agosto del año 2012 y que luego ante el hundimiento de este proyecto que había sido presentado por parlamentarios de 8 partidos políticos, fue retomada por la Gran Junta Médica Nacional que con el apoyo del presidente Juan Manuel Santos se convirtió en la ley 1751 de 2015 o sea la Ley Estatutaria de Salud.

Como sociedad civil dicen que la le entregaron un proyecto de reforma al Gobierno, ¿es el mismo que círculo hace algún tiempo?

En efecto, a través de la ministra de salud, Carolina Corcho, el proyecto se le entregó al presidente de la República, Gustavo Petro el 5 de enero del presente año. Este proyecto ha sido muy discutido. De forma híbrida se realizó los días 6 y 7 de noviembre de 2021 una Cumbre Social y Política por la reforma estructural al sistema de salud. Unas 200 personas sesionaron de forma presencial en Bogotá y otras 1.200 lo hicieron de forma virtual. En esa Cumbre, la Comisión de Seguimiento presentó un borrador de proyecto de reforma que busca la reglamentación de la ley estatutaria, pero que aborda otros temas. La propuesta fue discutida durante dos días en más de 30 comisiones y cientos de representantes de organizaciones sociales, médicas, de enfermeras, de psicólogos, de bacteriólogos y representantes de movimientos por el derecho a la salud, así como de organizaciones de pacientes. El día 8 de noviembre se presentaron las conclusiones de esta Cumbre a seis precandidatos presidenciales.

Allí estuvo el precandidato Gustavo Petro y desde entonces él manifestó que de ser electo se comprometía a impulsar este proyecto de reforma. Desde entonces, la Comisión de Seguimiento y la Cumbre han seguido en el trabajo de elaboración del proyecto. Una versión aún incompleta se filtró y fue publicada por los grandes medios de comunicación en el mes de septiembre del año pasado

De dicho proyecto ¿Qué sabe usted que sigue vigente dentro de la propuesta que presentará el gobierno al Congreso?

No puedo afirmar qué sigue vigente porque el proyecto está en estudio del gobierno. Lo que hemos acordado es que los cambios que tenga el proyecto serán conversados con nosotros. Aun ese diálogo no ha ocurrido.

¿Por qué hay que reformar la salud?

Por múltiples factores, por la ineficiencia del sistema, porque algunos de los resultados en salud no son buenos, lo que se manifiesta en cientos de miles de tutelas que se presentan buscando atención y servicios, al punto que en el año 2019 se presentaron 223.000 tutelas, de las cuales el 70 por ciento son por servicios incluidos en los Planes de Beneficios que las EPS están en obligación de prestar. Las quejas en la Superintendencia Nacional de Salud en 2022 sumaron más de un millón de solicitudes y siempre por problemas similares. La atención en los territorios dispersos, donde viven 20 millones de colombianos, es bastante baja. Hay municipios donde los hospitales públicos han desaparecido y la insostenibilidad del sistema crece, sin dejar de lado la situación financiera del sector. Las EPS liquidadas han dejado de pagar 1,7 billones de pesos, aquellas que están siendo liquidadas deben 5 billones y las activas 16,6 billones de pesos. Todo esto repercute en riesgos para la vida de las personas y favorece el incremento de muertes evitables.

¿El sistema actual no garantiza el derecho a la salud de los colombianos?, porque algunos hablan de una cobertura casi universal

Como ya indiqué, el sistema de salud tiene muy serias deficiencias, que deben ser superadas y es precisamente lo que busca esta reforma. Ahora bien, y como lo ha señalado la ministra de Salud, Carolina Corcho, se trata de construir sobre lo construido. Con la ley 100 se amplió la cobertura que hoy, según los últimos datos del ministerio de Salud, está por el orden del 98% en la portabilidad de un carnet de afiliación a una EPS, pero el estar afiliado y tener un carnet no significa atención oportuna y de calidad como lo muestran las cifras. Y aun así hay hoy unas 850 mil personas que no cuentan ni siquiera con el carnet. Pero hay que reconocer que se ha avanzado en materia de cobertura y eso lo mantiene el proyecto de reforma que establece el aseguramiento social a cargo del Estado, que es realmente quien debe garantizar esa cobertura universal.

El sistema de salud creado en 1993 bajo la Ley 100 ha sido reformado varias veces, ¿qué garantiza que esta no sea una reforma igual?

Esta reforma busca cambios sustanciales, no cosméticos.

¿Cuáles son esos cambios que trae el articulado?

Mencionaré por ahora siete: El primero busca cambiar sustancialmente el modelo de la Ley 100 en la cual el Estado entregó el manejo de los recursos públicos de la salud al sector privado a través de unos intermediarios (las EPS) que son las que manejan los recursos públicos de la salud. El proyecto busca que sea el Fondo Público Único y la Adres que es su administradora, quienes manejen estos dineros. No se busca, a través de actos administrativos, acabar con las EPS, ellas podrán seguir funcionando, pero si se aprueba la reforma, no manejarán los recursos públicos destinados a la salud. Un segundo cambio sustancial es que el sistema se organizará alrededor de la atención primaria en salud, mediante Centros de Atención Primaria en Salud, que tendrán un carácter integral y resolutivo. Todas las personas y las familias se podrán registrar en estos centros y quienes requieran atención especializada serán remitidos a los centros de mediana y alta complejidad para que sean atendidos oportunamente por hospitales públicos, privados y mixtos que atenderán a la población remitida por los Centros de Atención Primaria (CAP) y a quienes la Adres les pagará directamente por sus servicios de acuerdo con manuales tarifarios únicos.

¿Cuáles son los otros cambios?

El cuarto cambio es crear un sistema de información único que operará en línea y en tiempo real, donde quedarán consignadas todas las operaciones, actividades, contratos y prestaciones del sistema salud. El Estado no tiene este sistema y es un caldo de cultivo para la opacidad y la corrupción. El quinto elemento es dotar a la Superintendencia de Salud de dientes, con capacidad para funcionar de manera descentralizada, con atención permanente 24 horas del día y un lapso de 72 horas para resolver quejas. Todo para que operadores y actores del sistema presten los servicios de salud con oportunidad y calidad. El sexto tema es el de la laboralización de los trabajadores de la salud, para contrarrestar el efecto perverso de la Ley 100 que los precarizó. Diversos estudios señalan que el 80 por ciento de este personal está tercerizado, sin contratos laborales, sin prestaciones sociales o contratados por órdenes de prestación de servicios (OPS) o a través de dudosas cooperativas. Es claro que esto repercute en la calidad y la atención. Y el séptimo tema es la creación

y puesta en marcha de un robusto sistema de participación ciudadana en todos los niveles del sistema, desde el Centro de Atención Primaria. Y en la cabeza de este componente de participación funcionará el consejo nacional de salud. Será el ojo de la sociedad para cuidar los recursos públicos destinados a la salud.

¿Cuánto dinero mueve el sector de la salud y qué carácter tienen esos recursos?

El sector maneja recursos privados y públicos, el proyecto no toca para nada los recursos privados. Por ejemplo, las empresas de medicina prepagada seguirán funcionando y ofreciendo sus paquetes de servicios. Tampoco se pretende estatizar el sistema. Para este año 2023 se calcula que los recursos públicos del sector serán unos 87 billones de pesos, de los cuales 13 o 14 billones son los que la Constitución y la Ley les entregan a los departamentos y a los municipios para la atención primaria en salud; los otros 73 billones aproximadamente son los recursos del Fondo Único de salud administrado por la Adres.

Siendo un Derecho, ¿es coherente que existan los regímenes contributivo y subsidiado?

La jurisprudencia de nuestra Corte Constitucional, el proyecto elimina los dos regímenes y establece un único sistema universal con los mismos servicios para todos y se establecerá un per cápita para todos los ciudadanos que se asignará regionalmente a los Consejos Regionales de Salud y a las Oficinas Regionales de la ADRES.

¿Qué del actual sistema vale la pena conservar?

Ya la respondí en la pregunta anterior, solo déjame agregar algo que hay que recuperar de la ley 100 que desapareció por el camino y que este proyecto busca rescatar potenciándolo y dándole mayor poder, pero impidiendo que se meta en asuntos administrativos y es el Consejo Nacional de Salud. Este organismo estaba y funcionó durante algunos años, pero las reformas lo desaparecieron, lo eliminaron y el proyecto de Ley lo recupera y le da unas muy importantes funciones en el terreno del seguimiento y evaluación permanente al funcionamiento de la reforma y en su capacidad de proponer proyectos de políticas públicas en salud y de determinantes sociales de la salud que deberán ser tramitados por el Ministerio de Salud ante las otras instancias gubernamentales.

¿En realidad el sistema de salud es tan malo como para cambiarlo radicalmente?

Los siete cambios que he explicado anteriormente buscan mejorar los resultados negativos del actual sistema como la mortalidad materna, la atención deficitaria de los niños que nacen con bajo peso y la inexistencia de atención oportuna y de calidad para medio país. Pero yo insisto en que hay que construir sobre lo construido y en ese sentido, se deben preservar los logros que ya se tienen, como la cobertura casi universal, eso sí, con atención oportuna y de calidad. También hay que cuidar de las redes públicas, privadas y mixtas de prestadores que ya existen. La ley 100 debe ser reformada sustancialmente para mejorar la calidad de vida y la atención en salud de los residentes en el territorio colombiano.

¿La salud quedaría en manos de alcaldes y Gobernadores en un periodo preelectoral?

En realidad, nuestra propuesta es altamente centralista, pero avanza en descentralizar la Adres que sería dependiente de los Consejos Nacionales de Salud que corresponderían, grosso modo, a los cortes existentes: juntas directivas tripartitas del Estado (gobierno, trabajadores y empresarios). Habrá fondos regionales, pero sin situación de recursos, es decir, las juntas regionales toman decisiones, pero el pago de los contratos y las obligaciones los hará directamente la Adres. Los fondos departamentales y municipales que se construyen con recursos propios, no se modifican. En síntesis: no es cierto que el proyecto le va a entregar los recursos a departamentos y municipios.

Si no existen EPS, ¿quién audita el gasto?

Como en la inmensa mayoría y en los mejores sistemas de salud del mundo quien ordena el gasto en la atención de los pacientes es el médico tratante. Al desaparecer las autorizaciones que hoy dan las EPS, el profesional retoma esta autonomía. Se crearán auditorías médicas como un fuerte mecanismo de autocontrol. En todas las instituciones de salud habrá Juntas Médicas que evalúen –por lo menos cada 15 días– el desempeño y los problemas que se presenten en el ejercicio profesional. Al contar con un sistema único de información en línea se podrá ver en tiempo real si hay prácticas ligadas al despilfarro o corrupción. En todos los niveles habrá mecanismos de vigilancia con participación ciudadana sobre el manejo de los dineros. Las sanciones previstas en el proyecto son muy fuertes.

¿Cómo quedan los componentes de participación y libre escogencia?

En el proyecto se establecen como ya señalamos mecanismos de participación en todos los niveles del sistema en el Nivel Nacional, con el establecimiento del Consejo Nacional de Salud, los Consejos Regionales que ya describí, los consejos departamentales, Distritales y municipales y la participación en las Juntas Directivas de los Centros de Atención primaria en salud. Así que se crea y fortalece un robusto sistema de participación y en todo caso el proyecto preserva el espacio para que se concrete el derecho de los pacientes a decidir sobre su salud. Al momento de una remisión, el médico tratante o el personal administrativo le ofrecerán al paciente las alternativas en los centros de mediana o alta complejidad que requiera y el paciente deberá escoger. Deberá advertírsele sobre los tiempos de espera para ser atendido y de esa manera se espera que se preserve la libre escogencia.

¿Cómo atacar la corrupción?

En el sistema único de formación en línea con los mecanismos de participación ciudadana, la Superintendencia Nacional de Salud descentralizada y los mecanismos de auditoría médica y juntas médicas de autorregulación, se crearán frentes para enfrentar este problema

Su propuesta hipertrofia el papel de los prestadores (Hospitales, Clínicas) ¿la posibilidad de giros directos no son inductores de demanda que terminarán por quebrar el sistema?

Ciertamente, se presenta un riesgo de la inducción de demanda, pero el nuevo sistema tiene mecanismos para detectarla: el primero el sistema único de información que registrara las demandas por servicios y que prenderá las alarmas de las Auditorías Médicas, de la Superintendencia de Salud, de los Consejos Territoriales de salud que advertirá a clínicas y hospitales, a las juntas médicas de tal forma que se alerte sobre estas prácticas y que de persistir acarrearán drásticas sanciones la mayor de las cuales será el retiro de la clínica o del hospital de las redes integrales e integradas de prestación de servicios de salud al sector público.

En esta propuesta quién gestiona verdaderamente el riesgo?

El riesgo lo gestiona el sistema público, responde por el riesgo el Estado. En estricto sentido, las EPS no gestionan hoy el riesgo, pues gestionarlo implicaría un verdadero sistema de atención primaria preventivo y predictivo y un aseguramiento que en realidad no existe. En este particular sistema de aseguramiento en salud las EPS no adquieren reaseguros y por tal razón cuando quiebran se van debiendo millonarias sumas de dinero a clínicas, hospitales y demás proveedores de servicios de salud amén de las deudas con los trabajadores. El resultado es la quiebra de hospitales y clínicas. Si entendemos por gestionar el riesgo, el nuevo sistema propuesto lo gestionará mucho mejor con el establecimiento de un sistema preventivo y predictivo para evitar que las enfermedades empeoren en los pacientes, porque actualmente en los tratamientos de cáncer y otras enfermedades crónicas hay demoras injustificadas para atender a tiempo a los pacientes. La gestión del riesgo se refiere a “la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse” (MSPS, 2013). Como dice el adagio popular: es mejor prevenir que curar. Desde los Centros de Atención Primaria en salud se comienza la gestión del riesgo en salud con la ventaja que se hará por núcleos familiares atendiendo a las historias clínicas familiares. Eso no es posible o tiene muchas limitaciones en un sistema como el de las EPS donde hay un aseguramiento individual y no se tienen en cuenta los antecedentes familiares.

¿Qué posibilidades hay de que los prestadores terminen por inducir demanda y terminan por quebrar el sistema?

Este riesgo existe, pero el nuevo sistema tiene mecanismos para detectarlo. Reitero: el sistema único de información en tiempo real puede prender las alarmas para que los elementos encargados de vigilar y de tomar decisiones actúen. Las sanciones, insisto, serán muy fuertes.

¿En esta propuesta quién gestiona el riesgo?

Lo gestiona el sistema público y el responsable del riesgo es el Estado. En estricto sentido, las EPS no gestionan el riesgo porque dejan componentes como la promoción y la prevención por fuera, al igual que la atención primaria, y como no hay reaseguros,

cuando las EPS se quiebran se van debiendo sumas millonarias que impactan en empresarios y trabajadores. Si entendemos por gestionar el riesgo, la acción integral empieza desde la atención primaria que compense el déficit de un aseguramiento individual

¿Cuáles serían los indicadores de desenlace para evaluar la efectividad del sistema?

La evaluación del sistema se tiene que medir por los resultados en salud principalmente y se avanza en la construcción de esos indicadores. La efectividad del sistema tiene que ver con la reducción de la muerte de las maternas al momento del parto, la disminución de la mortalidad infantil en que ocupamos los peores lugares en la comunidad de naciones que forman parte de la OCDE, por ejemplo. Obvio que también los costos del sistema y su viabilidad financiera.

¿Cómo van a compensar las evidentes falencias de los hospitales públicos?

El Estado en su nivel nacional, pero también en los niveles territoriales, tiene que hacer inversiones en infraestructura, en tecnologías en salud para ponerse al día con los avances en el terreno de la ciencia y la tecnología en los aspectos relacionados con la salud. El Estado tendrá que hacer importantes inversiones en los hospitales públicos para ponerlos al día.

¿Hay suficiente personal para crear los Centros de Atención Primaria cerca de la casa de cada colombiano?

Hay que crear unos 3000 Centros de Atención Primaria en Salud para cubrir a toda la población colombiana. El país tiene el suficiente número de profesionales de la salud para crearlos. En la transición, muchos de los hospitales públicos, privados y mixtos podrán actuar como Centros de Atención Primaria en salud mientras se construyen estos centros. El problema del personal de la salud, como se sabe reside en los especialistas y habrá que movilizar recursos para formarlos vía estímulo a las Universidades para que abran estas especialidades.

¿Cómo sería el nuevo Consejo rector de la salud que proponen?

La rectoría del sistema estará en cabeza del Ministerio de Salud y protección social, a su lado estará un Consejo Nacional de Salud que sería una instancia de dirección del sistema de salud adscrito al ministerio de salud y protección social con autonomía decisoria, quien tendrá a cargo la concertación de iniciativas en materia de generar informes periódicos sobre el desenvolvimiento del mismo. El Consejo Nacional de Salud estaría conformado por 37 miembros, de los cuales cinco (5) serían del gobierno nacional: el ministro de Salud y Protección Social, quien lo presidiría; el ministro de Hacienda; el ministro del Trabajo; el ministro del Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible y el Director de Planeación Nacional. Tres representantes de las Secretarías Territoriales de Salud y 29 representantes de la sociedad civil (empresarios, trabajadores, gremios médicos, representantes étnicos, etc.). El Superintendente de Salud y el Director de la Adres quienes asistirán con voz, pero sin voto.

¿Su propuesta tiene tiempos de transición?

Sí, la transición en el proyecto presentado al gobierno tiene dos años desde el momento de sanción de la ley.

¿Cuánto dinero se necesitaría para echar a andar la propuesta que ustedes plantean y quien los manejaría?

En este momento se está avanzando en la definición de los escenarios económicos que deberán estar terminados en un par de semanas. Estos escenarios económicos deberán ser definidos con Planeación Nacional y con el Ministerio de Hacienda y formarán parte de la exposición de motivos y los anexos técnicos que formarán parte integral de la reforma. Los manejaría la Adres y por supuesto las EPS que aún están activas dentro del sistema de salud.

La Ley Estatutaria habla del trato digno para el personal de la salud, ¿Qué han pensado para eso? ¿Hay dinero para hacerlo?

El proyecto plantea la laboralización de los trabajadores de la salud bajo las cuatro modalidades que ya contempla el Código Sustantivo del Trabajo. Contratos por término indefinido, definido o por obra o labor. La laboralización será un proceso en que los estudios económicos dirán los tiempos para ese proceso y sus costos. Será un proceso de dignificación para los trabajadores de la salud.

Hay personas que dicen que si se acaban las EPS no se les garantizará su salud, ¿qué tan cierto es eso?

Completamente falso. En el período de transición ningún residente en el territorio quedará sin atención. En el artículo primero del proyecto se establece que el Estado será el asegurador social universal y deberá garantizar el derecho fundamental a la salud. La transición deberá ser gradual y responsable. Como ha dicho la ministra de Salud, Carolina Corcho, muchas entidades públicas, privadas y mixtas serán habilitadas para que asuman el impulso para la conformación de los Centros de Atención Primaria en salud, que será la puerta de entrada al nuevo sistema como rige hoy en la mayor parte de los sistemas de salud del mundo.

¿Cómo va a abordar la dependencia farmacéutica y tecnológica que tiene el país?

El proyecto contempla que a mediano y largo plazo el país tiene que dotarse de industrias nacionales de medicamentos e instrumental médico y que el país debe avanzar en la definición de una política de ciencia y tecnología que deberá hacerse de común acuerdo con el Ministerio de Ciencia y Tecnología. La producción de medicamentos genéricos debe ser apoyada por el Estado, así como los emprendimientos para la producción de insumos y tecnologías en salud.

¿Qué elementos tienen para pensar que lo que proponen es mejor que lo que hay?

Son muchos los elementos que ya se han mencionado en esta entrevista. Pero quiero resaltar un par más. La experiencia internacional. En los mejores sistemas de salud del mundo, los entes públicos administran los recursos públicos de la Salud, que es lo que se propone en nuestra propuesta. La experiencia internacional indica que el 80% de los problemas de salud se resuelven en el nivel primario, resolutivo e integral, que es lo que estamos proponiendo. Los mejores sistemas de salud tienen atención familiar, cercana a sus territorios. Por supuesto, y como ya indiqué, hay que preservar como parte importante del sistema la red pública, privada y mixta de prestadores de servicios de salud que se ha construido a lo largo de los últimos treinta años en el país. Y un elemento más que es muy importante, hoy día la Adres paga directamente los servicios a un 70% de los proveedores y a las clínicas y a los hospitales por los servicios prestados en el régimen subsidiado que aproximadamente tiene un 52% de todos los

afiliados al sistema de salud y paga también directamente a un 20% del régimen contributivo, esta realidad demuestra que la Adres puede asumir el manejo y el pago directo de todos los servicios y prestaciones que se den en el sistema de salud que es lo que estamos proponiendo.

¿Qué hay de por medio en este fuerte debate que debería ser eminentemente técnica?

A mi juicio es la defensa de intereses tanto económicos como políticos, pero estamos confiados en que el debate democrático que se dará en el Congreso y en la sociedad permitirá aprobar la reforma para superar los grandes problemas que tiene nuestro actual sistema de salud. Seguramente allí se mejorará esta propuesta.