

Medellín, abril 2 de 2013

Doctor  
Alejandro Gaviria Uribe  
Ministro de Salud y Protección Social

**Ref: Comunicado de los profesores de la Facultad Nacional de Salud Pública sobre la inconveniencia del proyecto de reforma 210 de 2013: Ley ordinaria**

Respetado Ministro

Los abajo firmantes, profesores de la Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez, nos dirigimos nuevamente a Usted con ocasión del proyecto de ley ordinaria 210 de 2013 que el Gobierno radicó en el Congreso, con el que se pretende “redefinir” el Sistema de Salud en Colombia. En otro momento nos referiremos a los diferentes proyectos de Ley estatutaria porque en nuestro concepto se trata de propuestas heterogéneas que amerita su propio análisis.

En varias ocasiones los profesores de esta Facultad que lleva 50 años en el estudio de la salud pública, nos hemos dirigido ante el Ministerio y los entes gubernamentales para destacar los graves problemas que enfrentan la salud de la población y las políticas sanitarias desde la aplicación de la Ley 100 de 1993. Varios de estos informes han estado soportados en revisiones de evidencias publicadas por diferentes investigadores del ámbito nacional e internacional, cuyas referencias se han citado para la respectiva contrastación de las fuentes.<sup>1</sup> En este caso, Ministro, hemos decidido prescindir de estas referencias por varias razones. La primera tiene que ver con el uso ideologizado y simplista que el Gobierno ha dado a los argumentos académicos cuando estos cuestionan su gestión, lo cual nos ha convencido del poco valor que nuestros gobernantes confieren a la evidencia. Hasta el momento el Ministerio ha insistido en destacar la legitimidad de su política sanitaria apoyándose en los estudios que defienden la privatización y la intermediación de los particulares, citándolas como evidencias incontrovertibles del éxito de la Ley 100, a pesar de que algunas de estas publicaciones, financiadas directamente por las agencias interesadas en el asunto, han sido calificadas como erróneas y tendenciosas por la misma Contraloría General de la Nación. En el mismo sentido, los

---

<sup>1</sup> Profesores FNSP. Carta a la Corte Constitucional de Colombia. Referencia: La emergencia social y el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Medellín, 15 de febrero de 2010

estudios que destacan las fallas del sistema de salud han sido presentados por el Ministerio y el Gobierno como productos ideologizados y politizados, inspirados en la oposición, y carentes de valor. La segunda razón de no repetir las referencias en este mensaje tiene que ver con la gestión del conocimiento que debe ir más allá del dato. Ya es claro Ministro que por la ruta de las evidencias no produciremos ningún cambio; ha quedado claro también que los argumentos científicos no son el tipo de aportes que el Gobierno espera, a menos que justifiquen sus decisiones ya tomadas. Paradójicamente, desde la Academia no tenemos otra ruta que insistir en la fuerza de los argumentos con la esperanza de que algún día sean sopesados desde la perspectiva de su validez interna y del interés público.

Sin embargo, y antes de formularle nuestros comentarios al proyecto de Ley, queremos dejar clara constancia de que nuestros planteamientos están ideológicamente comprometidos con la Constitución, la equidad y la defensa del derecho fundamental a la salud. Lamentaríamos profundamente que estos compromisos nos descalifiquen como interlocutores, pero creemos que la academia y la ciencia no pueden ser neutrales frente a la defensa de los intereses públicos.

Hemos revisado con cuidado los 67 artículos del proyecto de ley, y aunque algunos de ellos merecen un análisis exhaustivo, consideramos necesario por el momento referirnos al contexto general de la propuesta. En general el proyecto nos deja tres impresiones: su impertinencia frente a la grave crisis del sector, su incoherencia frente a los principios técnicos y constitucionales aplicables a la gestión de la salud, y su inconveniencia frente a las aspiraciones de la población.

**El proyecto 210 no responde a la crisis estructural del sector.** En los últimos años varios actores sociales entre los cuales se incluyen académicos de diferentes profesiones, magistrados y jueces, organismos de control, gremios y medios de comunicación, han resaltado el carácter estructural de la grave crisis que experimenta el sistema de salud en Colombia. La expresión “falla estructural” significa que el problema de la salud no se limita a situaciones superficiales y pasajeras, ni a dificultades aisladas de tipo formal, sino a un error esencial de fondo relacionado con la racionalidad mercantilista que dio lugar a la Ley 100. Reconocer la crisis de la salud como una problemática estructural implica que éste no puede resolverse con soluciones a medias, ni con maquillajes, ni cambiando de nombre a los problemas, sino con reformas profundas que afecten realmente la esencia del modelo. Y la esencia del modelo, Ministro, no es más que el conjunto de intereses políticos y económicos que han convertido la salud en un negocio para beneficiar a unos pocos, sacrificando a su paso los derechos de la población y los intereses públicos.

De este interés económico, apoyado por grupos políticamente fuertes que se benefician de sus resultados, es de donde emergen las políticas que se han aplicado en Colombia por casi 20 años y que nos llevan de crisis en crisis. Es esta apetencia voraz por controlar los dineros de la salud, que para 2013 podrían superar los 46 billones de pesos, la que inspira a los defensores del actual Sistema para fortalecer a toda costa las EPS y para facilitarles el

camino, con el fin de que se apoderen progresivamente de los demás recursos públicos. Es este mismo interés por controlar los recursos lo que lleva a los negociantes de la salud, y a los políticos, servidores públicos y académicos que los respaldan, a defender la Ley 100 y sus secuelas, a debilitar la autoridad sanitaria en los entes territoriales, a desprestigiar la imagen de un Estado responsable, a evadir y posponer las medidas de control, a manipular la información para mantener el modelo a pesar de sus fallas, a minimizar los derechos constitucionales y a demeritar aquellos mecanismos que protegen a la gente como la acción de tutela.

Este interés económico perverso, que por casi 20 años ha convertido la salud en un negocio, ha sido denunciado y demostrado hasta la saciedad por múltiples actores, con resultados bien conocidos por la opinión pública, hasta el punto en que los mismos artífices del actual modelo de salud se han visto obligados a reconocer su desprestigio y su colapso.

Por eso nos indigna que, ante una situación de esta magnitud, el Gobierno presente al Congreso un proyecto de reforma cuyo articulado mantiene el negocio de la salud en las mismas manos de las entidades y actores sociales que han sido responsables del caos, y continúe desconociendo el espíritu constitucional de la descentralización político administrativa como herramienta fundamental para la construcción social y la legitimación del Estado, que se expresó en la ley 10 de 1990 y que en esta propuesta vuelve a ser ignorada o tácitamente derogada. La ingenuidad de la gente y el poder de los medios podrán hacer creer a algunas personas que las EPS desaparecieron por fin. Pero para los académicos que hemos revisado el proyecto de Ley es claro que el núcleo de la propuesta es mantener el negocio en manos de los mismos inversionistas que hasta hoy se han denominado EPS y que ahora, cuando este nombre ha perdido por completo su credibilidad, se pretende denominar Gestoras de Servicios de Salud; este nuevo nombre, aunque semánticamente no traduce algo diferente de su actual denominación, si traduce el interés del Gobierno por continuar evadiendo su responsabilidad estatal en la materia, la cual implica mucho más que una mera intermediación en la compra de servicios de salud. El argumento de que la reforma acaba con las EPS es falso, y engaña a la opinión pública. La verdad es que el proyecto de Ley 210 salvaguarda los intereses de las aseguradoras y les ofrece la posibilidad de cambiar de nombre para seguir lucrándose de los fondos públicos. Igualmente es falso que las EPS ya no van a seguir manejando recursos; por el contrario, los capítulos IV y V del proyecto de Ley dejan bien claro que al cambiar de nombre van a tener el control de las instituciones y servicios de la Red, y que definirán a quien pagar y a quién no; el proyecto 2010 otorga a estas entidades una inexplicable credibilidad, en desmedro del reconocimiento que adeuda el Gobierno a los prestadores, directos damnificados de este fallido modelo y que adicionalmente han soportado los efectos de la especulación, la corrupción y el despilfarro de recursos. En la práctica el fondo Salud-Mía hará los recaudos y los pagos, pero quienes tendrán el control sobre los gastos y la destinación final seguirán siendo las EPS ahora llamadas Gestoras de Servicios de Salud; y a las cuales seguiremos contemplando en su ascenso dentro del anual de las empresas con mayores ganancias en el país.

**La propuesta de organización de las redes incluida en el proyecto 210 es improvisada, inconveniente y va en contravía de la descentralización.** En relación con las redes de servicios de salud el proyecto deja aún más inquietudes que respuestas. Cuando Usted afirma, señor Ministro, que *“las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), establecidas en la Ley 1438 de 2011, riñen con la realidad del modelo actual, con el hecho ineludible de que las redes relevantes (para todos los efectos prácticos) son las conformadas por las EPS...”* desconoce que este proceso de apoderamiento de la infraestructura y la tecnología del sector por parte de las EPS ha sido el producto de integraciones verticales y horizontales, y de prácticas monopólicas de los grupos económicos que han manejado el mal llamado aseguramiento en salud en Colombia. Estas prácticas no solamente han operado en función de intereses particulares sino que han derivado en la compleja problemática que bien conocemos hoy: la crisis hospitalaria Estatal, los “paseos de la muerte”, la concentración del gasto en los servicios de mayor complejidad, los altos excesos de demanda de servicios de alta tecnología, la baja capacidad resolutive en los niveles básicos de atención, la desprotección de las áreas rurales, y la desarticulación del sistema de referencia y contra referencia; al respecto llama la atención Ministro que, con excepción de los paseos de la muerte, estos problemas sean los mismos que los defensores de la reforma esbozaban en 1993 para justificar la Ley 100. Es como si estos análisis nos devolvieran, después de casi 20 años de mayor gasto e inversión, al problema que debíamos haber enfrentado entonces.

Nos desconcierta la benevolencia con la que el Gobierno se está refiriendo a la integración vertical y más aún la sugerencia de que ha sido conveniente para el país o que es inevitable. La verdad es que la prohibición de la integración vertical existía desde la Ley 100, y que esta norma se incumplió desde el principio con la aquiescencia de los gobiernos de turno y los organismos de control quienes se hicieron los de la vista gorda en favor de los grandes monopolios. Más tarde, cuando ya las EPS habían construido sus redes con dineros públicos, las reformas legitimaron la integración como si fuera algo natural. Hasta el día de hoy las EPS no han explicado al país con qué recursos construyeron estas redes, ni se las ha obligado a devolver las instalaciones que construyeron con recursos públicos. El asunto no es intrascendente, Ministro. Si las redes privadas de las aseguradoras se construyeron con recursos del Sistema de Salud que son recursos públicos, sus instalaciones y recursos constituyen también bienes públicos que deben incorporarse al patrimonio del Estado y que deben ser administradas como bienes públicos. El uso desviado de estos recursos podría constituir un delito, y la actitud permisiva de las autoridades podría configurar falta disciplinaria, con el agravante del carácter doloso y temerario que pudiera acompañar esta gestión. A la fecha, después de varios años de promesas de “ir hasta las últimas consecuencias”, ni el Gobierno ni los organismos de control han emitido sus fallos sancionando a los responsables, ni han informado de qué manera recuperarán los recursos públicos apropiados indebidamente por los particulares. Tanto la integración vertical realizada por las EPS como los costos económicos y sociales derivados de la gestión de los servicios que estas entidades han realizado, es la causa de una muy buena parte de la crisis actual y del malestar que la ciudadanía expresa contra el sistema de salud. Por eso, eliminar la intermediación de estas empresas tanto en el

control de los recursos como en el acceso a los servicios puede contribuir a la transparencia del nuevo sistema; por el contrario, persistir en mantenerlas, así sea con otro nombre, será un error que la sociedad y los electores difícilmente entenderemos.

En tal sentido, la insistencia del Ministerio en que las aseguradoras, antes llamadas EPS y ahora Gestores de Servicios de Salud, sigan manejando los servicios, es con todo respeto un despropósito más en la cadena de pseudo-reformas a la salud, que ofrece una tabla de salvación a los grupos privados interesados en el negocio, pero que no resuelve el problema de salud del país. Insistir en que la competencia es el principio clave para mejorar la eficiencia y asegurar la calidad, es una posición incomprensible si se tiene en cuenta la gestión de la salud en Colombia en los últimos años: es claro que las aseguradoras han competido entre sí por apropiarse de los recursos, pero que esta competencia haya sido buena para la gente es otro asunto. Por el contrario, la imposición del principio de competencia como la norma reguladora de las acciones del sector ha desplazado a codazos otros principios como la solidaridad, la justicia y la equidad sin los cuales es muy difícil comprender el acto médico. De otra forma habría sido esperable que aplicando este principio, los municipios hubieran encontrado estímulos para competir por tener el territorio más saludable, o las IPS hubieran luchado por presentar la mejor gestión y calidad...etc. En la práctica, lo que se dio en Colombia con el beneplácito de los gobiernos de turno fue realmente una lucha por usufructuar los recursos financieros, que en ningún momento estuvo dirigida a obtener los mejores resultados de salud y bienestar para las comunidades. En vez de apoyar la competencia voraz de los agentes económicos por los recursos públicos, el Gobierno debería liderar una convocatoria alrededor de la solidaridad y la justicia social, una ruta que nos conduciría más rápidamente a la paz.

Tampoco entendemos Ministro la pretensión del Gobierno de comisionar a las aseguradoras, antes llamadas EPS y ahora Gestores de Servicios de Salud, para que organicen las redes de servicios en el país, cuando su experiencia ha sido precisamente competir por las redes y limitar la oferta a sus propias instalaciones. Al formular esta propuesta el Gobierno está asumiendo que las anteriores EPS tienen buena experiencia y buen desempeño en la gestión de redes, cuando más allá de la integración vertical que ha operado en su propio beneficio lo que han generado es un debilitamiento general de los “servicios de salud no rentables”. Llama la atención la iniciativa gubernamental de proponer estas agencias para organizar las redes, cuando el desempeño de las EPS en la remisión de pacientes y en el desconocimiento de sus derechos ha sido una de las mayores críticas que han formulado la Contraloría, la Procuraduría, la Defensoría y la Corte. En tal sentido los capítulos IV y V del proyecto constituyen una desafortunada propuesta para enfrentar el paseo de la muerte, las complicaciones de las maternas, y el deterioro renal de los diabéticos e hipertensos. No entendemos como el Gobierno insiste, en contra de toda evidencia en premiarlas asignándoles el control de las redes de servicios en franco desconocimiento de las competencias y responsabilidades de alcaldes y gobernadores. El asunto no es intrascendente Ministro; no se trata solo de organizar quiénes manejan las cotizaciones y los seguros; se trata en esencia de asegurar que el verdadero patrimonio de nuestra nación que es la gente, acceda oportunamente a los

servicios necesarios para proteger su salud y aliviar su sufrimiento. Por eso quisiéramos saber cuáles son los estudios serios en que se apoya el Gobierno para entregar al sector privado, que ya probó no ser incorruptible, la administración de las redes. Particularmente debería aclararse a la opinión pública si estos estudios, en caso de existir, han dimensionado la magnitud y la causa de la desarticulación de las redes en el país, el cierre de servicios considerados “no rentables” como los de pediatría y obstetricia, y la crisis financiera de la red estatal que contrasta, como usted lo afirma, con el auge de las instalaciones privadas.

Estamos de acuerdo con Usted Ministro en que muchos de los hospitales públicos se convirtieron en el epicentro del clientelismo en Colombia y que han servido más a los intereses de gobernantes locales que al interés colectivo. Qué triste, pero es cierto, y no sería difícil probar este argumento con evidencias; pero también habría que admitir la indiferencia con la que el Gobierno ha contemplado este panorama, y reconocer que la crisis de los hospitales no le ha merecido el esfuerzo e interés que recibió el sector financiero, donde con recursos públicos se sanearon eficientemente entidades bancarias en quiebra, so pretexto de defender los intereses de los depositantes de capitales. En el caso de los hospitales estatales, por el contrario, el Gobierno nunca se apropió realmente de su capacidad legal para intervenir el sector y proteger sus instituciones técnica, financiera y laboralmente.

La cooptación de los servicios públicos por intereses particulares podría predicarse decirse también del sector privado, al que no se le cuestiona por el nepotismo ni por el control de su ejército de contratistas que han estado muchas veces al servicio de la rentabilidad de los inversionistas en contubernio con los políticos de turno, a pesar de que la prensa y los organismos de control han denunciado repetidamente estos hechos. El argumento maniqueo de que el sector privado es por naturaleza bueno y eficiente, mientras el Estado es por naturaleza corrupto e ineficiente, solo sirve para justificar la acumulación de riquezas en manos de unos pocos agentes particulares, que parecen estar blindados contra la justicia, y de paso genera en la población un alto grado de desesperanza en el Estado Social de Derecho. Grave asunto que los gobernantes minen la confianza de la opinión pública en la legitimidad del Estado responsable porque al hacerlo abren las puertas a la violencia.

Particularmente grave por sus consecuencias administrativas y jurídicas es la pretensión del Gobierno de que se asigne a las anteriores EPS (ahora denominadas Gestores de Servicios de Salud) la importante función de dirigir y conformar las Redes de Prestación de Servicios de Salud. Esta iniciativa desconoce el papel de los entes territoriales, debilita la autoridad sanitaria en vez de consolidarla, va en absoluta contravía de la descentralización establecida por la Constitución, y en tal sentido constituye otro punto polémico del proyecto de reforma. La Constitución ya estableció los principios de la descentralización y las competencias de los gobernantes territoriales. ¿Cuál es la idea de saltarse a los alcaldes y gobernadores en relación con la salud? ¿Es porque se supone que son corruptos? ¿Cómo afirmar esto sin tener en cuenta que muchos de ellos pertenecen al

partido del Gobierno? ¿Es porque los gobernantes territoriales son por naturaleza incompetentes? ¿Cómo se le va a exigir a un alcalde o a un gobernador que cumpla el plan decenal cuando su red la manejan las EPS (con otro nombre, por supuesto para que no se crea que son los mismos)? La propuesta de reorganizar las redes bajo el control de las anteriores EPS es un tronco en la rueda que impedirá el desarrollo de los planes territoriales y del Plan Decenal de Salud y que margina a los gobiernos locales de aquellas intervenciones que permitirían mejorar la salud de la población en sus territorios. El proyecto de reforma supone que los Gestores de Servicios de Salud tendrán una relación de “coordinación” con los entes territoriales; en este contexto, el término “coordinación” es particularmente impreciso e inadecuado para referirse a una función pública tan importante en la que están en juego la vida y la muerte de las personas y sus derechos constitucionales, y en todo caso evade la subordinación de las instituciones privadas al ente territorial. A este ritmo serán los alcaldes quienes deban pedir cita a los Gestores en lo relacionado con las redes de sus municipios lo que debilitará aún más la autoridad sanitaria en el país.

En relación con el tema de las redes salta a la vista la improvisación. Ante una propuesta de tal magnitud, ¿dónde están, Ministro, los estudios sobre las redes que requiere el país y sus escenarios de operación? ¿Dónde están los estudios que han previsto el impacto social y económico de esta medida más allá de asignar a las EPS una función para que sigan aprovechándose de los recursos públicos? Tal parece a la luz del proyecto 210 que la hipotética función pública de las EPS, cualquiera sea su nombre, fuera más creíble y digna de apoyo gubernamental que la responsabilidad constitucional de los gobiernos locales. La realidad a este respecto es clara: El objetivo central del proyecto de Ley 210 que está presentando el Gobierno es mantener el control de las EPS sobre los recursos y los servicios de salud; aunque ya no recauden ni manejen directamente los dineros, estas entidades continuarán controlando a los entes territoriales y a los prestadores a través de los contratos, y de esta forma los pacientes y enfermos seguirán en sus manos. Peor aún es seguir confiando a estas instituciones la salud de las personas sanas, sobre el supuesto erróneo de que han sido efectivas para reducir sus riesgos, cuando las complicaciones de las enfermedades crónicas dicen lo contrario. Al respecto, el proyecto redacta la destinación final de los recursos (artículo 11) de modo que éstos sigan siendo controlados por las EPS aunque hayan cambiado de nombre. Más que mantener una intermediación innecesaria entre el Estado y los ciudadanos, lo importante para el país sería asegurar que los recursos de cotizantes y contribuyentes, que son recursos públicos, terminen realmente en el mejoramiento de la salud, entendida no solo como la resolución de las patologías sino como el aseguramiento de la protección socio económica que se deriva de la pérdida de la productividad temporal o permanente tanto para el afiliado como para su familia.

Igualmente innecesaria sería la intermediación para el pago de las licencias de maternidad o las incapacidad por enfermedad general (artículo 11). Esta propuesta es otro reflejo de la voluntad del Gobierno de que las EPS sigan, con otro nombre, administrando los recursos del sector. Según este artículo, al sector privado se le pagará para que entregue a

los usuarios lo que es un derecho irrenunciable. Un sistema realmente eficiente podría muy bien eliminar esta mediación, ahorrarse sus costos y no interponer un intermediario entre el Estado y los ciudadanos que reclaman sus derechos. Más allá de los prejuicios neoclásicos que consideran al Estado corrupto e ineficiente por naturaleza, queremos saber Ministro ¿dónde está el estudio realizado por el Gobierno donde se muestra que la intermediación es más eficiente y benéfica para el ciudadano que la gestión directa por parte del Estado? La desconfianza en el Estado como administrador ¿es realmente un hecho probado? ¿No incluiría este prejuicio también el de una natural ineptitud para legislar y gobernar? Las fallas del Estado para resolver directamente las necesidades de la gente, ¿son una maldición inexorable de la que las y los colombianos no podemos escapar? ¿O es un prejuicio ideológico utilizado por los detractores del Estado para seguir debilitándolo y apropiarse de los recursos públicos? En todo caso Ministro, la opinión pública reclama del Gobierno una adecuada sustentación que justifique la política de reducción del Estado.

Por otra parte, nos preocupa especialmente Ministro el literal *n* del artículo 4, que bajo el epíteto de “*sostenibilidad fiscal*” insiste en convertir los derechos constitucionales fundamentales en derechos programáticos. Esta pretensión no es nueva en el sector y los últimos gobiernos la han incluido en sus reformas cada que pueden. Aunque aparentemente la sostenibilidad fiscal estaría dirigida a proteger el tesoro público de las demandas excesivas de la población y los abusos de los enfermos, en el fondo lo que pretende es limitar el alcance de los derechos fundamentales de las personas y convertirlos en “derechos programáticos”; es decir, en reconocernos los derechos solo si hay dinero de por medio. A pesar de estar camuflado en un largo listado de principios (artículo 4) que en su mayoría existen ya en la Constitución y en la Ley, el *literal n* es uno de los artículos más importantes y regresivos del proyecto. Y es también una forma superficial y equivocada de entender una sostenibilidad fiscal que podría asegurarse mejor si se eliminaran las intermediaciones innecesarias, se controlaran los precios del sector y se pusiera coto a la politiquería y la corrupción. La población no tiene por qué sacrificar sus derechos para asegurar una sostenibilidad que solo conviene a quienes concentran la riqueza del país.

#### **El proyecto 210 nos genera adicionalmente otras preocupaciones:**

- La propuesta de reforma mantiene la separación errónea entre la salud pública (aquello que no se puede facturar) y las acciones individuales que pueden convertirse en mercancías y que estarán a cargo de los Gestores de Servicios de Salud. Esta división, aparentemente operativa, ha sido propuesta por los defensores del modelo para facilitar la facturación, pero es profundamente equivocada desde la salud pública. Cada caso individual de muerte materna, cada caso de sífilis congénita, cada caso de tuberculosis resistente, cada caso de complicación renal entre los diabéticos e hipertensos trasciende el sufrimiento del paciente, pues afecta a su familia, su entorno productivo, la comunidad y constituye un asunto de salud pública. En todo el mundo estos casos se consideran indicadores esenciales de la salud pública y es con el fin de



mejorarla que se organizan los cuidados individuales, tanto los servicios de control prenatal como de control de crónicas y todos los demás servicios básicos que en Colombia han sido responsabilidad de las aseguradoras con los resultados que ya conocemos. Si ello es así Ministro, ¿cuál es la razón de seguir separando la salud pública de las intervenciones que se realizan sobre los afiliados?

- La promesa de la libre elección, a pesar de estar ordenada desde la Ley 100, ha sido reiteradamente incumplida por las aseguradoras con aquiescencia del Gobierno, y en este caso no nos merece mayor confianza que la que nos da la historia pasada. Hemos oído esto ya muchas veces, y en todas las ocasiones el mismo Gobierno la ha desconocido argumentando que no es posible cumplirla. La libre elección pudo asegurarse hace mucho tiempo si hubiera real voluntad política; para ello no se necesita una nueva ley sino cumplir lo que decía la Ley 100 desde sus orígenes.
- Nos preocupa también el artículo 42 de la propuesta de Ley que insiste en legitimar la conversión de dineros que son públicos (parafiscales) en dineros privados, a pesar de las recientes sentencias de la Corte Constitucional donde esta alta corporación reitera que los dineros siguen siendo de carácter público aun cuando transiten por entidades privadas de administración de del SSSI. La obligación de los Gobernantes, Señor Ministro, es hacer cumplir la Constitución en lugar de hacerle esguinces. La ciudadanía esperaría por parte del Ministerio a su cargo una atención esmerada a los principios constitucionales en lugar de presentar este tipo de argumentos que claramente benefician al sector privado socavando la defensa de los bienes públicos.
- Un comentario especial merece la propuesta de suprimir el Fosyga y crear otro Fondo con más funciones. Creemos esta medida puede mejorar en parte la gestión de los recursos financieros del sector; tal vez así sepamos por fin cuánto gastamos en salud y dónde terminan finalmente los dineros. Pero esta propuesta presenta tres problemas: a) No se menciona que ha sido el mismo Gobierno quien ha controlado el Fosyga y ha contemporizado con su funcionamiento sin establecer los correctivos del caso; esto mismo puede seguir pasando con el nuevo fondo aunque se le cambie de nombre, y pese a la intención integradora del recurso la consecuencia podría ser más de lo mismo; c) El control de recursos de esta magnitud va a atraer tanto a los políticos corruptos como a los contratistas, que al final podrían manejar el Fondo para sus intereses, y c) Administrar estos recursos implicará una organización de gran complejidad; este fondo no puede manejarse como una tienda de pueblo y será necesario hacer un esfuerzo técnico y financiero para proteger su gestión de la politiquería y la corrupción; si esto no se hace dentro de unos años estaremos lamentando su fracaso.
- La separación de lo individual y lo colectivo en el cuidado de la salud, es actualmente objeto de fuertes críticas por parte de los expertos internacionales, porque ignora la determinación del proceso salud enfermedad y carga en cada persona lo que muchas veces está fuera de su margen de gobernabilidad. La gestión de los riesgos no se puede limitar a la responsabilidad singular de lo que cada una y cada uno de nosotros pueda hacer para protegerse. Va a ser imposible controlar la tuberculosis actuando sólo sobre la persona enferma; igual ocurre con los demás problemas de salud. La salud de las personas no es solamente un “asunto mío” (Salud-Mía); es el resultado de

procesos sociales que involucran la articulación intersectorial más allá del negocio. De este argumento se desprende que ninguna reforma será realmente efectiva mientras no involucre la articulación intersectorial, un asunto difícil de lograr desde un proyecto como el 210 que desconoce la competencia de los entes territoriales para liderar la respuesta social en su ámbito de influencia.

- La corrupción es uno de los problemas más serios del sistema colombiano de salud. Sin embargo, el análisis de la corrupción y el clientelismo se queda a medio camino si se limita a cuestionar la transparencia y la capacidad del Estado para administrar los recursos. Este enfoque sesgado carga el peso de la corrupción en el Estado y exime de responsabilidad al sector privado. Es absolutamente cierto que en el país hay funcionarios corruptos que deberían recibir la correspondiente sanción; sin embargo, en el cien por ciento de los casos de corrupción están involucrados agentes del sector privado, actuando en calidad de personas naturales o jurídicas que terminan apropiándose de los recursos. El sector privado ha jugado un papel protagónico en la corrupción del sector y este aspecto debería sopesarse al momento de enfrentar el problema.
- Manteniendo la actual estructura institucional del sistema, el proyecto 210 corregirá las vulneraciones sistemáticas al derecho de los enfermos que se refleja en el número de tutelas por servicios POS ni eliminará las barreras de acceso, especialmente para prestaciones de alto costo y de complejidad tecnológica, impuestas por las aseguradoras.
- El texto carece también de firmeza y claridad en lo que respecta a la crisis de la salud pública, la responsabilidad de los actores frente a los planes de salud, el control de la impunidad ante las violaciones sistemáticas del derecho a la salud, y el cumplimiento de los Autos de noviembre de 2012 donde la Corte afirma explícitamente que el Gobierno no ha cumplido las órdenes de la ST 760/08.

Para concluir, Ministro, el problema del actual sistema de seguridad social en salud es de estructura, es decir de concepción y de organización, y no solo o exclusivamente de financiamiento ni de regulación. Con todo respeto, la aprobación por parte del Congreso de la propuesta que su Despacho ha presentado para reformar la salud evade el problema central del sector y de aprobarse solo prolongará la agonía de un sistema cuyo colapso es irreversible y el sufrimiento de una población que ya no aguanta más.

Específicamente rechazamos la pretensión del Gobierno de mantener el protagonismo de las EPS (aunque hayan cambiado de nombre), la cual consideramos absolutamente inapropiada por inconveniente, improvisada e incoherente en la medida en que desconoce los problemas reales de la salud y de la gestión de las redes e servicios, debilita aún más la autoridad sanitaria, va en contravía de la descentralización, y desestima las legítimas aspiraciones ciudadanas que quienes queríamos de una vez por todas liberarnos del costoso yugo de las EPS.

Invitamos respetuosamente a los Congresistas a considerar la inconveniencia de este proyecto que mantiene la racionalidad mercantil de Ley 100, y a optar por una reforma que fortalezca el Estado Social de Derecho y elimine la intermediación privada entre el Estado y los ciudadanos como la que ha propuesto la Comisión de Seguimiento de la Sentencia 760, donde se propende por un nuevo modelo de salud que sea universal, equitativo y con calidad, liderado por el Estado Social de Derecho, y que conciba la protección de la salud como una forma de construir ciudadanía.

Invitamos también a los demás actores sociales a pronunciarse públicamente frente a este proyecto; esta invitación se extiende particularmente a las comunidades y organizaciones sociales para que se informen sobre el curso de la reforma en el Congreso y tengan en cuenta en las próximas elecciones el papel de aquellos políticos que insisten en mantener el actual sistema.

En Medellín a 2 de abril de 2013....

Cc: Dr. Juan Manuel Santos Presidente de Colombia  
Comisiones 1ª y 7ª de Senado y Cámara  
Corte Constitucional  
Contraloría General de la República  
Defensoría del Pueblo  
Procuraduría General de la Nación  
Prensa hablada y escrita

Siguen las firmas de las y los profesores de la Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez