

## CARTA ABIERTA A LA OPINIÓN PÚBLICA

Bogotá, 9 de septiembre de 2010

Doctor

**JUAN MANUEL SANTOS CALDERON**  
Presidente de la República de Colombia  
Casa de Nariño  
Ciudad

Respetado Señor Presidente,

Quienes suscribimos el presente documento, representantes de muy diversas expresiones de la vida nacional, ligados e interesados en defender el Derecho Fundamental a la Salud, dentro de los cuales nos encontramos: organizaciones gremiales sindicales, científicas, inter-gremiales de pacientes, de usuarios, municipios, de Empresas Sociales del Estado, de Cooperativas de Hospitales, de Médicos generales y organizaciones no gubernamentales del sector de la salud que preocupados por la crisis que afronta la salud en el país y los anuncios que provienen de su Gobierno, nos hemos agrupado en una “**MESA INTERSECTORIAL POR EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD**”, con el fin de tener una interlocución unificada y fluida con el Gobierno Nacional, el Congreso de la República y otros actores de la vida Nacional.

Nos parece importante que en el país se planten propuestas de Unidad Nacional que conduzcan a romper la fragmentación y la profunda brecha social existente, sin embargo, consideramos que esas propuestas no se pueden quedar en la cúpula de los partidos políticos, o en acuerdos parlamentarios que terminan protegiendo mas los negocios de los privilegiados, que los derechos de los excluidos. Por tal razón, desde las organizaciones sociales de base que representamos, queremos señor Presidente plantear nuestras observaciones a las propuestas hechas por varios Ministros, algunos Senadores, Representantes a la Cámara y gremios económicos con presencia en el sector salud, al tiempo que planteamos nuestras propuestas, a la espera de que en el menor tiempo posible nos permita mediante una audiencia ampliar lo que sería la **Propuesta de Unidad Nacional por la garantía del Derecho Fundamental a la Salud**, la que sustentamos en los siguientes elementos:

La Corte Constitucional, con las determinaciones tomadas en la Sentencia T-760 de 2008, y mediante la cual reconoció a la Salud como un **Derecho Fundamental Autónomo**, es decir, sin conexidad con el Derecho a la Vida, o dicho de otra manera, reconocible sin necesidad de que esté en peligro la vida de la persona, sino como una garantía del bienestar físico, mental y social de

## CARTA ABIERTA A LA OPINIÓN PÚBLICA

los ciudadanos, tanto colectiva como individualmente, configuró, quizá, el mayor avance en materia de reconocimiento de derechos ciudadanos en lo que a salud atañe.

Dicha sentencia retoma el rumbo de la Constitución Política de Colombia y le traza al ejecutivo la directriz de manejar y regir la salud como un servicio público a cargo del Estado, más allá, y definitivamente en contra, de lo que con preocupación vemos que ha ocurrido en los últimos años, donde el sistema de salud funciona no como un instrumento para satisfacer una necesidad básica, sino como una forma de extraer rentas y donde priman los conceptos económicos sobre los de salud. Es por eso que nos inquietan los recientes anuncios hechos por los Ministros de Hacienda y de Protección Social, en el sentido de tramitar ante el Congreso de la República una Ley Estatutaria que según la Revista Dinero: ***“Enfrentado a este escenario de crisis, un equipo de expertos del Gobierno, encabezado por el ministro de Protección, Mauricio Santamaría, trabaja en la preparación de un proyecto de Ley Estatutaria que busca establecer que el Estado garantizará el derecho fundamental a la salud únicamente a través del POS. De ahí en adelante, las responsabilidades serían asumidas por el sector privado, aunque se mantendría el actual modelo solidario”***. (Subrayado fuera de texto).

Preocupa, señor Presidente, que una Ley estatutaria producida en los términos de la declaración citada termine haciéndole el juego a quienes se lucran de manera indebida de la salud como negocio, limitando injustificadamente el acceso de los ciudadanos a los servicios que representan el disfrute pleno del Derecho Fundamental a la Salud.

Los gremios e instituciones que firmamos el presente documento, consideramos que la reforma al sistema de salud Colombiano debe ser producto de la concertación entre todos los actores, pero partiendo del concepto fundamental contenido en la Sentencia T-760 de 2008: la salud es un derecho fundamental.

Quienes defendemos el ejercicio del Derecho Fundamental a la Salud con principios de Integralidad, Universalidad, Equidad y Solidaridad (entre otros), y establecidos en los tratados internacionales sobre Derechos Humanos, Económicos, Sociales y Culturales, y que al haber sido ratificados por nuestro país forman parte del Bloque de Constitucionalidad, sostenemos que en acatamiento a las determinaciones de la Corte Constitucional y las recomendaciones de la Procuraduría General de la Nación, se debe desarrollar una Reforma Estructural del Sistema de Salud.

Y decimos que debe ser estructural, ya que los cimientos e infraestructura del actual modelo, ha demostrado a través del tiempo grandes limitaciones, generando una sensación común en la opinión pública, y consenso entre los actores del sector, de que el modelo ha fracasado y que las actuales

## CARTA ABIERTA A LA OPINIÓN PÚBLICA

Administradoras de Planes de Beneficios lo único que han hecho es realizar una intermediación de los recursos, sin gestionar ni asumir los riesgos, ya que las restricciones del Plan Obligatorio de Salud y las características del modelo de atención, hacen que los riesgos sean trasladados a los prestadores y al Estado a través del **FOSYGA** o a los Fondos Departamentales de Salud, que cuentan siempre con recursos insuficientes, por la corrupción e ineficiencia que la misma intermediación determina, demostrada incluso en la negación constante y sistemática a los usuarios de los servicios contemplados en el POS, como se demuestra en los informes de la Defensoría Nacional del Pueblo, y según la cual más del 50% de las tutelas presentadas y falladas en el país corresponden a eventos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Las administradoras de los recursos parafiscales (EPS – EPSS y ARP) han traspasado su función social, con la permisividad del ente rector del sistema de salud y la laxa vigilancia de parte de las Superintendencias (La SUPERSALUD para el Sistema de Salud y la SUPERFINANCIERA para el Sistema de Riesgos Profesionales). De hecho, las administradoras se han convertido en entes que ejercen acciones como monopolios sobre algunos sectores específicos y como oligopolios sobre el conjunto de sus respectivos sistemas, apalancándose en los recursos públicos parafiscales. Así que un aspecto fundamental, que no puede ser omitido, es que la reforma que se establezca, elimine esta intermediación onerosa y que su administración sea asumida directamente por el Estado. Ahora bien, si es que se van a conservar las estructuras de la administración delegada de los recursos parafiscales en entes privados, bajo ninguna modalidad pueden las administradoras trascender las funciones determinadas por la ley y deberá restringirse la posición dominante de sus propietarios sobre otros sectores de la economía. Sin embargo, es preferible que se busquen otros mecanismos para que la administración de estos recursos no la ejerzan particulares que derivan su propio beneficio del abuso ejercido por diferentes métodos, de los recursos parafiscales que constitucionalmente tienen destinación específica.

El SGRP se constituye financieramente sobre la base del aporte en dinero que paga el empleador, como prestación social del trabajador que se ve afectado por la enfermedad profesional o el accidente de trabajo, con destinación específica. Sin embargo las Administradoras de Riesgos Profesionales – ARP - han venido desconociendo la categoría de recurso parafiscal con destinación específica que tienen esos dineros, y vienen malgastando una enorme proporción del mismo en actividades por fuera de lo que la ley les permite, como si fuera patrimonio propio de las ARP. Es así que una inmensa cantidad de ese dinero que significa un costo social enorme para el productor colombiano, se está derrochando en gastos totalmente ajenos a su propósito constitucional y legal y han convertido las reclamaciones por ATEP en un proceso casi imposible para los trabajadores afectados. Estas anomalías y derroches de los recursos públicos parafiscales, además de otras que implican evasión de IVA y otras, han sido puestas en conocimiento de la

## CARTA ABIERTA A LA OPINIÓN PÚBLICA

Superintendencia Financiera la cual se ha abstenido de intervenir permitiendo el enriquecimiento injustificado de las ARP y de algunos particulares y la consecuente elusión fiscal. Así mismo, el MPS, como Dirección del Sistema, ha permitido que la situación continúe.

Finalmente Señor Presidente, consideramos que la crisis que vive el sector no se origina en la falta de dinero, ya que nos gastamos en salud 38.4 Billones de pesos, anualmente, lo que demuestra que el sistema es completamente ineficiente, como se puede observar en el cuadro de Gasto en Salud del año 2009, del estudio elaborado por el profesor **GILBERTO BARON**.

Recursos financieros del sistema - 2009			
COMPONENTES	FUENTE	VALOR (millones \$)	DISTRIB. %
Régimen contributivo	Cotizaciones, Fosyga PyP, EPS excedentes	12.264.255	31,9
Régimen subsidiado	Fosyga (Subcta. Solidaridad), SGP, otros esfuerzo propio ETS, excedentes	7.353.578	19,1
Población pobre no afiliada (PPNA)	SGP, rentas cedidas, esfuerzo propio ETS, Ecat-Soat (ap. ESE)	2.890.541	7,5
Regímenes especiales	Cotizaciones, PGN, recursos administrados	2.380.000	6,2
<b>Subtotal SGSSS</b>		<b>24.888.374</b>	<b>64,7</b>
Seg. privados (incluye med. Prepagada)	pagos primas pólizas, planes	2.544.669	6,6
Gasto de bolsillo hogares	Pagos directos	8.080.730	21,0
<b>Subtotal recursos privados</b>		<b>35.513.773</b>	<b>92,3</b>
Salud Pública	SGP, Fosyga, PGN, Rentas Terr.	1.514.145	3,9
Otros atención salud	Riesgos prof., SOAT	1.451.224	3,8
<b>Total recursos</b>		<b>38.479.142</b>	<b>100,0</b>
<b>% PIB</b>		<b>7,9</b>	

Fuentes: Fosyga, DNP, MPS, ACEMI, DANE-ECV 2008, Fedesarrollo, Documentos CONPES, ANDI.

### PROPUESTA DE REFORMA ESTRUCTURAL.

Para el desarrollo de una reforma estructural que garantice el **Derecho Fundamental a la Salud autónomo**, proponemos los siguientes pilares que deberían tenerse en cuenta en cualquier reforma legal que se plantee:

#### 1. RECTORIA EFICIENTE DEL MINISTERIO:

La Rectoría estará en cabeza de Estado como garante de los Derechos Fundamentales de sus ciudadanos y por delegación del mismo será

## **CARTA ABIERTA A LA OPINIÓN PÚBLICA**

ejercida por el Ministerio, con enfoque de Salud Pública, por lo tanto su accionar fundamental estará dirigido a garantizar el bienestar del conjunto de la población, a establecer el perfil epidemiológico y atender los requerimientos de salubridad de la población y el medio ambiente, con un enfoque intersectorial, descentralizado por zonas de Salud Pública que no necesariamente corresponden al actual ordenamiento territorial y con la más amplia participación ciudadana.

De igual forma, debe definirse el papel de la entidad encargada de entregar herramientas al gobierno nacional para la toma de decisiones en el sector. La entidad, debería ser quien realizara el seguimiento a los indicadores de calidad y monitoreo de la gestión del riesgo en el sistema a todos los actores, generando información veraz y oportuna para la toma de decisiones y formulación de políticas estatales.

### **2. MODELO DE ATENCION.**

Como Fundamento Básico del acceso a los servicios de salud, la estructuración de los servicios de prevención de la enfermedad, promoción, atención y rehabilitación de la salud, debe darse en la forma de un sistema organizado en redes de atención bajo la responsabilidad del Estado. Los servicios deberán garantizar el acceso y la Atención Primaria en Salud en todos los territorios, con el respaldo de los servicios de urgencias, especialidades y hospitalizaciones, con cubrimiento nacional, de forma directa, dependiendo de la cantidad y perfil de necesidades de la población, en un marco de universalización con suficiencia calificada en respuesta a sus resultados en calidad de vida y salud, y acordados con la población en los consejos de salud desde sus territorios, vivienda y trabajo.

### **3. SALUD PUBLICA**

La Salud Pública como disciplina y como elemento fundamental en el contexto del desarrollo de las sociedades humanas, será el soporte del modelo de atención del Sistema de Salud, por lo tanto, estará soportado en estudios de Salud Pública e investigaciones médico-científicas. Con el propósito de lograr un impacto positivo en salud pública se propone que ésta, sea una política de Estado en donde acorde con el perfil epidemiológico de las regiones se realicen ajustes al modelo de atención con énfasis en gestión del riesgo y cuyo objetivo principal debe estar enfocado en mejorar las condiciones de vida saludable de la población; sin embargo, esto solo se puede alcanzar cuando se elimine la atomización de los recursos que se asignan para Salud Pública,

## **CARTA ABIERTA A LA OPINIÓN PÚBLICA**

promoción y prevención y se establezca el estado como único pagador a las instituciones que realizan las actividades.

Esta política se acompañará de una fuerte inversión en ciencia y tecnología con enfoque en salud, para lo cual se fortalecerá el Instituto Nacional de Salud y la investigación en facultades públicas de Ciencias de la Salud.

### **4. FINANCIACION.**

El sistema de salud será financiado con los actuales recursos del Estado en sus niveles nacional, departamental, distrital y municipal, con las contribuciones de los patrones y los empleadores, como también con recursos fiscales de carácter progresivo.

En la actualidad no se tienen estudios de suficiencia o insuficiencia de UPC que permitan establecer la falta de recursos en el sector salud en el actual modelo, por el contrario, si se cuenta con estudios serios como los realizados por la Universidad de Antioquia en donde se evidencia la suficiencia de recursos para el sector salud en condiciones de cobertura universal; en éste sentido se hace necesario que para la toma de decisiones sobre la financiación del sistema se consideren todos los estudios hasta la fecha realizados, los cuales, demuestran que el actual régimen tiene una distribución inequitativa de recursos y una fuga importante de los mismos.

### **5. REGIMEN LABORAL.**

El Estado Colombino definirá una política laboral, basada en el contrato de trabajo, que garantice la vinculación estable y digna de los trabajadores y profesionales de la salud, para tal fin el Gobierno Nacional concertará un estatuto de trabajado para el sector.

El nuevo sistema deberá contar con una política de formación en salud y de educación continuada, acorde con las necesidades nacionales y regionales del país, con énfasis en los valores propios de la relación interpersonal y social de la atención en salud, garantizando la cantidad suficiente de profesionales idóneos en todo el territorio nacional.

### **6. CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

Es necesario hacer énfasis en la prestación de servicios de salud con calidad, para ello dentro de las estrategias que el gobierno nacional

## **CARTA ABIERTA A LA OPINIÓN PÚBLICA**

implemente, la definición de una línea de base por regiones de los indicadores de calidad reales por servicios y un monitoreo de los mismos que permita conocer las necesidades y la realidad de nuestras regiones.

De otro lado, el Ministerio debe generar la reglamentación que permita garantizar la integralidad en la prestación de los servicios en los municipios en donde las Instituciones Prestadoras cumplen con los requisitos de habilitación para ello. En ese mismo sentido al usuario debe garantizársele la atención en su sitio de residencia de los servicios con los que el municipio cuente debidamente habilitados y evitar el traslado de pacientes de un municipio a otro.

### **7. VIGILANCIA Y CONTROL**

Es de consenso que la Supersalud no ha demostrado resultados eficaces frente a inspección, vigilancia y control con relación al papel de los diferentes actores al interior del SGSSS.

Su dependencia administrativa del Ministerio del ramo y su actual estructura organizacional le han generado límites a su gestión por lo anterior se propone que la vigilancia epidemiológica estará centralizada en el Instituto Nacional de Salud y descentralizada por competencias a los departamentos quienes harán la vigilancia en primera instancia de los planes municipales de salud hasta su articulación con el plan Nacional de Salud Pública.

La Vigilancia administrativa, financiera y de atención al usuario estará a cargo de procuradurías especializadas en salud, dependientes de la Procuraduría General de la Nación que de manera desconcentrada, pero articulada, desarrollen las actividades de vigilancia y control administrativo, financiero y fiscal como apoyo permanente a los Consejos Territoriales de Salud y a las Veedurías Ciudadanas.

### **8. DEFINICIÓN DE POLÍTICA PÚBLICA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD**

Ningún país en el mundo, soslaya la importancia que tienen los prestadores públicos en cualquier sistema de salud; por el contrario, fortalecen las redes públicas de prestadores.

## **CARTA ABIERTA A LA OPINIÓN PÚBLICA**

Se hace necesario que el gobierno defina una política pública que le entregue herramientas a las ESE para que garanticen la prestación de los servicios en forma eficiente, incluso en los casos en que su cobertura poblacional y en razón del interés público deban operar en condiciones de desequilibrio financiero porque con su demanda no alcanzan a sufragar los costos de operación. En estos casos el estado deberá garantizar el funcionamiento de la respectiva entidad.

### **9. PARTICIPACION CIUDADANA Y COMUNITARIA.**

La comunidad organizada autónomamente en asociaciones, comités de participación, veedurías, entre otras, participara en los procesos de Dirección, Gestión, Vigilancia y Control del Sistema de Seguridad Social. Es una obligación del estado facilitar la capacitación y formación de los líderes comunitarios, para su cabal participación en los diferentes procesos. Las organizaciones comunitarias y ciudadanas tendrán una participación importante en los Órganos de dirección del Sistema, de las Juntas Directivas de las entidades encargadas de la administración y prestación de los servicios.

### **10. MEDICAMENTOS, INSUMOS Y EQUIPAMIENTOS HOSPITALARIOS.**

Son bienes públicos por tal razón el estado colombiano los protegerá de prácticas oligopólicas o especulativas, determinará los precios y uso de patentes con fundamento en el interés general del país, procurando ante todo el bienestar de la población, para tal fin generará en el corto plazo una política de reducción de precios, sin que ello afecte la calidad de los mismos.

De igual forma, por las implicaciones e impacto que tienen los medicamentos no POS en las finanzas del Estado es importante que dentro de las políticas que se establezcan por parte de Ministerio, se incluya la compra a empresas con experiencia en la materia y que garanticen economía, calidad en los productos adquiridos y transparencia en los procesos desarrollados.

En el tema de recobro de medicamentos y el precio de los mismos, se evidencian altos costos en los recobros al FOSYGA y Departamentos, generándose un gran déficit en los diversos fondos territoriales y en el mismo FOSYGA; por tanto, se hace necesario que exista revisión, control y la fijación de precios de referencia de los precios de los medicamentos y

## CARTA ABIERTA A LA OPINIÓN PÚBLICA

que éstos tengan una reducción importante acorde con los precios del mercado a nivel de mundial, generando un verdadero impacto en la salud de los usuarios y aportando a la sostenibilidad financiera del sistema.

Teniendo en cuenta que los medicamentos son bienes de interés público, la información referente a ellos incluidos los precios de adquisición y venta debe ser de público conocimiento y libre inspección por parte de la ciudadanía en cualquier eslabón de la cadena de comercialización. La información de precios y cantidades no puede ser susceptible de ningún tipo de reserva.

Se requiere la creación de un centro de evaluación de tecnología, insumos y dispositivos biomédicos, independiente y con decisión sobre el ingreso, rechazo o declaratoria de obsolescencia de tecnología al país.

### 11. GARANTIZAR AUTONOMIA PROFESIONAL

En lo referente a la **autonomía profesional** será un principio de autorregulación médica y se dirige a complementar la libertad del ejercicio médico con un uso responsable del mismo en cuanto a su responsabilidad social sin que ello implique la coartación de su conocimiento en beneficio del paciente y de las particularidades de la población.

El sistema garantizará la autonomía del ejercicio profesional y no será práctica permitida en todo el territorio nacional el constreñimiento del acto de los profesionales de la salud por parte de los entes de gobierno, entidades administradoras de planes de beneficios y de Instituciones prestadoras.

### 12. EL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES.

Así que lo que proponemos es que el Sistema de Riesgos Profesionales se unifique en una gran aseguradora de riesgos, a cargo del Estado, con la dirección participativa de los trabajadores que finalmente son los beneficiarios de esa prestación social con destinación específica, y se eliminen todos los parásitos financieros que usufructúan los beneficios de los trabajadores inválidos o enfermos con ocasión o a causa del trabajo.

## **CARTA ABIERTA A LA OPINIÓN PÚBLICA**

Reiteramos el llamado a que su gobierno de unidad nacional, en unión con los abajo firmantes, tomemos la bandera por la defensa del derecho fundamental a la salud de los Colombianos:

Atentamente,

**CARLOS E. CASTRO**  
Delegado  
Facultad Nacional de Salud Pública  
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

**OLGA LUCIA ZULUAGA RODRIGUEZ**  
Directora Ejecutiva  
Asociación Colombiana Empresas Sociales del Estado Y Hospitales Públicos (ACESI).

**NESTOR ALVAREZ LARA**  
Representante  
Asociación de Pacientes de Enfermedades Alto Costo.

**YESID HERNANDO CAMACHO JIMENEZ**  
Presidente  
Asociación Nacional de Trabajadores Hospitales de Colombia (ANTHOC).

**OLGA LUCIA VASQUEZ**  
Directora Ejecutiva  
Corporación Colombiana de Secretarios Municipales y Distritales de Salud (COSESAM).

**ALDO ENRIQUE CADENA ROJAS**  
Presidente  
Sindicato Nacional de la Salud y Seguridad Social (SINDESS).

**JOSE VILLAMIL**  
Director Ejecutivo  
Veeduría Nacional de Salud.

**SERGIO ISAZZA**

## **CARTA ABIERTA A LA OPINIÓN PÚBLICA**

**Presidente  
Federación Médica Colombiana.**

**MIGUEL ANGEL RENDON MONCADA  
Director Ejecutivo  
Alianza Cooperativas de Hospitales Públicos.**

**FABIO ALBERTO HENAO  
Delegado  
ASMEDAS – ANTIOQUIA.**

**ESPERANZA MORALES  
Representante  
ANEC.**

**ROBERTO VILLAREAL CH.  
Representante  
SOLSALUD.**

**LUIS ANTONIO ESTUPIÑAN  
Representante  
MOVIMIENTO NACIONAL POR LA SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL.**

**ALBERTO MENDOZA  
Representante  
COLEGIO NACIONAL MEDICO GENERALES DE COLOMBIA.**

Copias  
Comisión VII del Senado de la República  
Comisión VII de la Cámara de Representantes  
Ministerio de la Protección Social.