

Bogotá, 29 de septiembre de 2010

De: **Francisco Rossi** francisco_rossi@hotmail.com

Para: pacosta@minproteccionsocial.gov.co y creyes@minproteccionsocial.gov.co

Asunto: Concepto proyecto de Ley estatutaria.

Apreciada Doctora Acosta:

Remitimos concepto sobre el borrador del Proyecto de Ley estatutaria, no sin dejar de notar que el plazo para comentarios, tratándose de la reforma más importante que el gobierno planea en el sector salud, es de poco más de 60 horas, lo que deja un mal sabor respecto del valor adjudicado a la participación que el ministerio adjudica a los demás actores en tan delicado asunto. Así mismo, llama la atención que el borrador circule para comentarios, antes de que termine el proceso de consulta de las mesas de concertación, pues genera la sensación de que las decisiones están tomadas y la apertura y la consulta son meramente formales.

Sobre el proyecto en general, resaltamos como positivo, que pone fin al carrusel de corrupción de los recobros. Preocupa sin embargo que el mecanismo elegido para el manejo de las excepciones se pase al otro extremo, esto es, el de las restricciones. Y que se acabe con la tutela para la Salud.

Preocupa mucho la percepción (pues el lenguaje no es claro y deja demasiado espacio a interpretaciones) de que se trata de un proyecto que, más allá de terminar con el carrusel de corrupción que han sido los recobros, apunta a restringir el alcance al derecho a la salud por varias rutas, mientras introduce, desde el propio encabezado, el **autocuidado** como criterio o de restricción de derechos o de incremento en pagos o cotizaciones. (Se regula el **derecho** a la salud...y el **deber** del autocuidado...)

Son varias las "menciones" que apuntan al recorte del derecho a la salud, reeditando algunos de los decretos de la malograda emergencia social. Las más importantes se encuentran en los "nuevos principios" o en la "nueva" definición de los principios.

La **equidad**, como principio, ahora debe entenderse no solo como igual derecho a iguales servicios para todos, sino también *"evitando que prestaciones individuales pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención al resto de la población"*.

La **calidad** en adelante ya no se refiere a estándares mínimos y de mejoramiento continuo, sino al *cumplimiento de protocolos guías y estándares técnicos*, con lo que se reintroducen restricciones sobre la autonomía profesional.

La **sostenibilidad** entendida como el límite de las prestaciones a los recursos disponibles, que se convierte en "principio" y

La **progresividad** que aunque significa la gradualidad en la incorporación de prestaciones al POS, lo que parecería evidente y para nada un principio, se relativiza a la disponibilidad de recursos, pero introduciendo progresividad en los aportes (?) de acuerdo con capacidad económica y !!el autocuidado!!

De manera explícita se recorta el POS al excluir las enfermedades huérfanas, tal como fueron definidas por la Ley 1392 de 2010. La definición epidemiológica de tales enfermedades (1 por cada 2000 habitantes) incluye, a criterio de la asociación Europea de tales enfermedades, algo más de 4000 patologías. Ni el Congreso ni el MPS han dado alguna luz sobre los criterios de delimitación de tales enfermedades. Tampoco han definido si la ley "saca del pos" a las enfermedades o a los enfermos, lo que resulta relevante si uno se pregunta que vamos a hacer con el ciudadano que padece una de tales patologías (NO POS) pero consulta por otra patología POS. O la patología POS se deriva o se relaciona con la huérfana.....

No olvidar además que las enfermedades no existen.....existen los enfermos.

La Ley determina que se creará un sistema diferente al vigente para su financiamiento, pero ni la 1392 ni este proyecto dicen cual habrá de ser.

Esta restricción se complementa con varias menciones que despiertan suspicacias: que significa "evidencia científica **probada**"? Cuáles son las prestaciones que no tienen efecto sobre la salud? Como se entiende el cuidado paliativo?

Hacia los años 1996-2000, en el SGSS había un debate sobre los límites del POS. Se entendía en aquel entonces, que el POS era un mínimo. Las EPS del contributivo y el subsidiado podían ofrecer cualquier cosa hacia arriba pero no hacia abajo. Adicionalmente se entendía que la seguridad social era un concepto distinto al de un seguro de salud. En tal sentido, el POS era un conjunto de prestaciones (actividades, intervenciones, procedimientos y medicamentos) de carácter integral. Las listas cumplían un carácter indicativo.

En algún momento (a nuestro juicio relacionado con la escalada del No Pos) se impuso la concepción de seguro, y entramos en una lógica de puntualizaciones de lo que está incluido y lo que no, ajena al sector. Nos queda la impresión que el proyecto de Ley consagra este enfoque, justamente para poder establecer con precisión los límites financieros.

Preocupa finalmente (dadas las limitaciones de tiempo) el papel asignado a la participación ciudadana (para la delimitación del POS) y las "preferencias de los ciudadanos". Todavía recordamos con amargura aquella consulta abierta con un cuestionario en la página del MPS, dirigido a la justificación de recortes en el POS con preguntas formuladas tendenciosamente.

Habrán otros espacios y otros tiempos para el análisis, pero por lo pronto queremos dejar sentada nuestra preocupación por el enfoque limitante del proyecto.

Cordialmente

.

Francisco A. Rossi. B.