



Este artículo es una publicación de la Corporación Viva la Ciudadanía
Opiniones sobre este artículo escribanos a:

semanariovirtual@viva.org.co

www.viva.org.co

CSR presenta proyecto de ley estatutaria para reforma estructural del modelo de salud

Agencia de Información Laboral
Escuela Nacional Sindical

Se trata de un modelo de salud “moderno, realista, viable y financieramente razonable”, dicen sus proponentes

Entrevista con Saúl Franco - Vocero de la CSR

En momentos en que hay una fuerte reacción e indignación social frente a un modelo de salud que naufraga en medio de la ineficiencia y la corrupción, un modelo que no les garantiza a los colombianos el derecho fundamental a la vida y la salud, junto a las movilizaciones y la protesta ciudadanas han empezado a surgir propuestas de tipo legislativo para modificar o cambiar el sistema de salud surgido de la Ley 100 de 1993.

Una de estas propuestas es la que recientemente presentó, y ha empezado a socializar para su debate, la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T/760 y de Reforma Estructural del Modelo de Salud, conocida con la sigla **CSR**. Según sus promotores, se trata de un proyecto de ley estatutaria que será radicada en el Congreso de la República y que busca un cambio de fondo del modelo; una propuesta “moderna, realista, viable, responsable, basada en experiencias sólidas y financieramente razonable”, sostienen.

Para tener una mejor comprensión de esta propuesta, la Agencia de Información Laboral entrevistó a Saúl Franco, médico Phd en salud pública, docente de las universidades Nacional y Santo Tomás, amplio conocedor de los temas de salud, quien oficia como vocero de la CSR.

Antes de entrar de lleno en los pormenores de su proyecto estatutario, explíquenos qué es la CSR.

Hace unos dos años la Corte Constitucional invitó a un grupo de asociaciones gremiales de la salud, como la Academia de Medicina, la Federación Médica; de la academia, como las universidades de Antioquia, Nacional, Javeriana, Santo Tomás; y **Médico Saúl Franco** organizaciones sociales como Viva la Ciudadanía, Asalud, organizaciones de mujeres, etc., para que ayudaran a hacer seguimiento al cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008 sobre salud. Empezamos a trabajar sistemáticamente en eso y vimos la necesidad de ir más allá del seguimiento a la sentencia. Nos propusimos formular una propuesta de cambio estructural del sistema de salud, el cual publicamos el año pasado

como Pacto por el Derecho a la Salud. Este año decidimos derivar esa propuesta en un proyecto de ley estatutaria, después de consultarlo con magistrados, economistas, administradores de la salud, organizaciones de pacientes, de mujeres, mucha gente. O sea que es un proyecto consensado, discutido, que busca un cambio de fondo en el modelo. No estamos proponiendo un salto al vacío, lo estamos haciendo con responsabilidad, basados en experiencias sólidas. Tampoco es volver sistema de salud anterior, proponemos un sistema moderno, realista, viable, financieramente razonable por parte del Estado, con participación regulada del sector privado y veeduría de la sociedad en todas las instancias de dirección, vigilancia y control. Tenemos puntos comunes con el proyecto que presentó el senador Avellaneda, así que vamos a tratar con él de unificar un solo proyecto. Porque en la otra orilla están los proyectos de Roy Barreras y la senadora Piedad Zucardi, que plantean reformas solamente, no cambios estructurales.

A propósito, ¿qué opina de los proyectos de estos dos senadores?

Ambos son distintos al nuestro, sólo buscan mantener y ajustar, e incluso radicalizar el modelo establecido en la Ley 100. El proyecto de Roy Barreras pretende mantener las EPS, quitarles algunas funciones que han producido corrupción, pero manteniendo el modelo. La propuesta de la senadora Zucardi es más preocupante, pues busca aplicarle a la salud lo mismo que en los años 90 el Gobierno hizo para salvar el sistema bancario de la quiebra. Propone un refinanciamiento, no del sector salud, sino de las EPS, bajo la figura de la “nacionalización transitoria”, para que una vez saneadas financieramente las EPS vuelvan a ser empresas privadas. Es como engordar a quien le está chupando la propia sangre. Las organizaciones médicas grandes el país ya sacaron un comunicado denunciando la gravedad de eso, que no es otra cosa que el esquema de privatizar las ganancias y socializar las pérdidas de las empresas.

¿Y cómo ve la postura del gobierno en esta coyuntura de crisis de la salud?

Al Gobierno lo veo dubitativo, sin posiciones claras. El presidente Santos se ha querido perfilar como un reformista, pero la crisis de la salud ya no resiste reformas, requiere un cambio estructural. El presidente un día nos dice que la salud es un derecho, que habrá atención universal sin exclusión, y al día siguiente expide un proyecto para ajustar y recortar ese derecho. La unificación de los dos planes: el contributivo y el subsidiado, que es la medida más avanzada que ha tomado, es simplemente el mandato de la Ley 100 y un imperativo de la T/760 de la Corte Constitucional. Medidas como ejecutar los pagos del Fosyga, inyectar temporalmente una cantidad de recursos, y darle más poder de regulación a las Superintendencias de Salud y Financiera, por bien intencionadas que sean ya no alcanzan a solucionar la crisis. El paciente está tan grave que esas medicinas no solo no le sirven sino que pueden acercarlo más al colapso.

Ahora sí hablamos del proyecto de ley estatutaria presentado por el CSR. Cómo está estructurado, cuáles son postulados y principios fundamentales.

El primer postulado es que la salud no es una mercancía ni objeto de negocio, sino un derecho humano fundamental. El segundo se refiere al papel del Estado, que no es un agente más del mercado sino que está para garantizar la calidad de vida digna de la población. Y el tercero es que el sistema de salud no es sólo para atender enfermedades, sino para producir bienestar y alargar la vida con buena calidad y garantizar una muerte digna si ésta se da. Tiene que ser entonces intersectorial, vinculado con las políticas sanitarias, de nutrición, de agua potable, de vivienda, de tierras, transporte, etc. Para garantizar la salud el Estado tiene que hacer funcionar todo el andamiaje, requiere, por ejemplo, un ministerio de agricultura que garantice la sostenibilidad alimentaria; un sistema de educación que eduque en salud, etc.

Por otra parte, acoge principios como el de la calidad, tanto en la prestación de los servicios como en la atención; el de la universalidad, o sea que el servicio de salud y atención digna tiene que ser para toda la población y en todos los campos, sin discriminación, acogiendo la diversidad étnica, cultural, de género. Acoge el principio de solidaridad, es decir, darle a cada cual según lo que necesita y reclamarle según su capacidad de pago, para así reducir las desigualdades; el principio de la prestabilidad, o sea que lo que se ofrece tiene que estar al alcance y adecuado a las condiciones y necesidades de la población. Éstas se pueden planificar con base en proyecciones epidemiológicas, que permiten conocer más o menos cuántos cánceres, diabetes, infartos hay anualmente en el país, y qué presupuesto requieren. La epidemiología tiene su lógica y racionalidad, pero la hemos olvidado porque hoy es el mercado el que impera.

Ustedes proponen crear el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud (SUDSSS). ¿Qué características tendría?

Es el que aglutina todas las instancias que intervienen, y debe tener un nivel de comunicación, coherencia interna y escalas jerárquicas que garanticen su adecuado funcionamiento. Tendría instancias nacionales, departamentales y municipales, con una figura novedosa que funciona en otros países: los territorios de salud. Resulta que hay un montón de municipios que no pueden tener un hospital de tercer nivel, pero sí lo podrían tener si se unen en grupos por regiones geográficas y cercanías socioculturales, por ejemplo municipios del eje cafetero, o el territorio Wayú en la Guajira, o incluso por barrios de una gran ciudad. También implica la creación de una red integrada de servicios de salud con el sector privado, porque este no es un proyecto estatizante y privatizador. No estamos contra la atención de los privados sino ponerlos en cintura, que no se enriquezcan con el dinero de la salud de los colombianos. Incluso tendrán su lugar en los organismos de rectoría y control de sistema.

A propósito de dinero, ¿cómo se financia el sistema?

Planteamos que sea un financiamiento con doble ingreso: uno parafiscal, con los aportes de los trabajadores, los empresarios, el sector informal, pero como cotización al sistema de salud, no como la compra de un seguro privado. Éste aportaría un poco más de la mitad de la financiación. El resto serán aportes directos del presupuesto del Estado, e indirectos como regalías y recursos públicos en general. Esta doble fuente produce la cantidad de dinero necesario para garantizar un sistema de salud. El país invierte \$35 billones en salud, o bueno, no todo eso porque, según la Contralora General, el 50% de esos recursos se está desviando. Para ello se crea el Fondo Nacional de Seguridad Social en Salud. Los dineros entrarían por una caja única nacional y desde allí se harían las asignaciones regionales, y en cada región habrá un fondo territorial de salud, con sus respectivas administradoras. La gente no necesitaría un carné, con presentar la cédula o la tarjeta de identidad que lo identifique como colombiano le bastaría para tener derecho al servicio.

Es imposible que el sistema lo cure todo. ¿Qué límites tendría la atención?

Hay 3 tipos de eventos que no cubriría: las cirugías y tecnologías estéticas y suntuarias, los procedimientos que se hagan en el exterior, y los procedimientos y medicamentos que estén en vías de experimentación.

¿Quién manejará el SUDSSS, cuál sería su organigrama directivo?

Se distinguen tres niveles: de rectoría, de dirección y los niveles operativos y financieros. En el de rectoría se crea un Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), integrado por 20 personas altamente representativas, 5 serían del gobierno, y el resto serían representantes de las regiones, del sector privado, de las empresas que prestan los servicios de salud, de los indígenas. En este nivel se trazan las políticas, se define la orientación y reglamentación del modelo. Se propone que la cabeza sea el Ministerio de Salud, pero un Ministerio fuerte, con agallas, que haga funcionar el modelo y haga cumplir lo que la ley y el CNSSS dispongan. En los departamentos y territorios de salud habrá consejos regionales y territoriales con una integración similar.

El sistema de riesgos profesionales, que es otro hijo de la Ley 100, también hizo crisis. ¿Cómo queda este asunto en el proyecto?

Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales se convirtieron en un negocio aparte, que son las ARP, y todos sabemos lo difícil que es que acepten un evento de accidente o una inhabilidad laboral. En nuestra propuesta las enfermedades y accidentes laborales entran en el sistema nacional de salud, serían parte del modelo general y no un negocio particular. O sea que también se acaban las ARP.

¿Y las condiciones laborales de los trabajadores de salud?

El mundo laboral tiene una consideración especial en este proyecto. En el país los trabajadores del sector de la salud han sufrido un deterioro significativo en

sus condiciones laborales, en su estabilidad, la contratación, etc. Por la coherencia intersectorial defendemos las políticas de trabajo decente.

¿Cómo sería la transición del sistema actual al nuevo sistema?

Es una pregunta importante. Proponemos un periodo de transición de máximo dos años, que creemos razonable, en el curso de los cuales, y progresivamente, se irán haciendo los ajustes para desmontar las EPS, crear los territorios de salud, los consejos de salud nacional y departamentales, el Fondo Único de Salud, un sistema único de información, porque ocurre que las EPS no sólo se han quedado con los dineros de la salud sino con la información del sistema, y por eso hoy es difícil saber el tipo de patologías, sus costos, porque cada EPS pretende capitalizar eso.

¿Tomaron modelos de otros países para estructurar este proyecto?

Afortunadamente en la Comisión hay personas que hemos podido viajar y estudiar a fondo modelos de salud de otros países, como el de Costa Rica, que funciona bastante bien, y es una cultura parecida y cercana a nosotros. También hemos estudiado de cerca el Sistema Único de Salud de Brasil, que allí lo han defendido a capa y espada contra los intentos neoliberales por desmontarlo. Hemos conocido los modelos de Canadá, Inglaterra, Israel, de los países nórdicos, donde se dan los mayores estándares de calidad; hemos dialogado con ministros de salud de esos países para llegar a una propuesta razonable, que no es copia de esos modelos, sino que hemos asumido la experiencia de esos países y nuestra propia experiencia para montar un modelo a la medida de lo que queremos y merecemos.

Finalmente, ¿qué apoyos políticos ha tenido la propuesta?

Estamos hablando con distintos sectores: el movimiento Progresistas, el Polo Democrático, los Verdes, con algunos parlamentarios del Partido Liberal, y vamos a hablar con los del Mira. Porque si este proyecto llega con el apoyo de un sólo partido se hunde, necesitamos apoyo multiparlamentario. Por eso no lo hemos radicado oficialmente. Antes lo estamos divulgando vía electrónica y física para que se debata. Publicamos 10 mil ejemplares con el proyecto para distribuir. Estamos muy activos con eso.

Edición N° 00316 – Semana del 17 al 23 de Agosto de 2012