



Fuente: Thinkstock

FORO REFORMA A LA SALUD

HEALTH REFORM FORUM

Fernando Ruiz Gómez¹, Lina María Barrera Rueda², Nancy Cañón Vesga³, Beatriz Carvalho Suárez⁴,
Transcribió María Lucenith Criado Morales⁵

Recibido: 12 de septiembre de 2015

Evaluado: 30 de octubre de 2015

Aceptado: 5 de noviembre de 2015

Conflicto de intereses:

Ninguno a declarar

Palabras claves:

Reforma de la atención en salud; personal de salud; defensa del usuario atención hospitalaria; Empresas Promotoras de Salud (EPS); Instituciones Prestadoras de Salud (IPS); Empresas Sociales del Estado (ESE). (Fuente: DeCS BIREME)

Keywords:

Health care reform; health personnel; patient advocacy; hospital care; health Insurers; health Institutions; state social company. (Source: DeCS BIREME)

Cómo citar éste artículo:

Ruiz Gómez F, Barrera Rueda LM, Cañón Vesga N, Carvalho Suárez B, Criado Morales ML. Foro reforma a la salud. *universidad.rev.ciencias salud Unisangil* 2015; 5(1): 64-74

Correspondencia:

María Lucenith Criado Morales.
Dirección Km 2 vía San Gil-Charalá.
Email: mcariado@unisangil.edu.co

⁽¹⁾ Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios. Ministerio de Salud.

⁽²⁾ Representante de la Cámara por el Departamento de Santander

⁽³⁾ Directora Ejecutiva de la Asociación de Empresas Sociales del Estado del Nororiente Colombiano, ASEHISAN.

⁽⁴⁾ Presidenta de la Junta Directiva Nacional de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia. ANEC.

⁽⁵⁾ Coordinadora de Investigación Facultad de Ciencias de la Educación y de la Salud, Unisangil

RESUMEN

Introducción: La reforma de la salud en Colombia es un hecho. Aproximadamente el 50% de la reforma ya está en ejecución, evidenciada en el obligatorio cumplimiento de la atención de los servicios de urgencias, así como la atención privilegiada de niños, ancianos y embarazadas.

Desarrollo: Con el fin de revisar la posición del gobierno nacional y de líderes sociales nacionales ante la reforma de la salud, se desarrolló el foro de la reforma de la salud al que se invitó al Viceministro de Salud Fernando Ruiz Gómez, quien indicó la importancia de la salud pública para descongestionar hospitales, la Representante a la Cámara, Lina María Barrera destacó 10 beneficios de la Ley Estatutaria de Salud, entre los que se destacan la eliminación de la lista del plan obligatorio de salud (POS) y la estabilización en los precios de los medicamentos. Igualmente participó la Directora Ejecutiva de ASEHISAN Nancy Cañón, quien cuestionó al Gobierno sobre el incumplimiento de varios artículos de la Ley Estatutaria de Salud, entre ellos los principios de universalidad, accesibilidad, oportunidad y continuidad, de igual forma señaló el saldo en rojo que tienen las Empresas Promotoras de Salud (EPS) con los Hospitales de Santander y finalmente la Magíster Beatriz Carvalho, Presidenta de la ANEC, expuso la situación de los usuarios de los servicios de salud y de los trabajadores de salud con grandes falencias hacia el interior del sistema.

Conclusión: La reforma de la salud con el 50% en desarrollo aún presenta restricciones y solo quedan preguntas que el Gobierno responde tangencialmente.

ABSTRACT

Introduction: The health reform in Colombia is a fact, 50% of the reform is already ongoing, the evidence is the obligatory fulfillment of emergency services as well as privileged attention to children, old people and expectants.

Development: In order to look through the government and national social leaders position towards Health Reform, the forum was developed where Health vice minister Fernando Ruiz Gómez was invited, the vice minister highlighted the importance of public health to relieve hospitals, The House Representative, Lina María Barrera underscored the benefits of the Health statutory law, among which are the elimination of the compulsory plan and the stabilization of medicines prices. At the same time The executive director of ASEHISAN Nancy Cañón also attended the forum and questioned the Government about the infringement of several articles of the statutory law with each other the principles of universality, accessibility, continuity and timeliness, likewise noted the delinquent balance that the health promoting company owe to the Hospitals in Santander, finally the master Beatriz Carvalho the Master Beatriz Carvalho, President of the ANEC, presented the situation of the users of health services and health workers with huge weaknesses toward the interior of the system.

Conclusion: The reform of the health with the 50% in development still presents restrictions and there are only questions that the Government responds tangentially.

INTRODUCCIÓN

En el 2015 la Secretaría de Salud Municipal organizó junto con el Programa de Enfermería de Unisangil el Foro sobre la Reforma a la Salud. Para esa ocasión se invitaron al Viceministro de Salud Dr. Fernando Ruiz Gómez, a la Dra. Lina María Barrera, representante a la Cámara por el Departamento de Santander, y a dos líderes gremiales del sector: la Dra. Nancy Cañón Vega Directora Ejecutiva de la Asociación de Empresas Sociales del Estado del Nororiente Colombiano (ASEHISAN) y a la Dra. Beatriz Carvallo Suárez Presidenta de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC), la actividad que se llevó a cabo el día 3 de julio en las instalaciones del auditorio de la Corporación Autónoma de Santander (CAS), en la ciudad de San Gil.

Integran la Mesa Directiva el Dr. Luis Gustavo Álvarez Rueda Rector y Representante Legal de Unisangil, el Dr. Álvaro Josué Agón Martínez, Alcalde de San Gil, Dra. Eulalia Medina, Decana de la Facultad de Ciencias de la Educación y de la Salud y los conferencistas invitados. Posterior a ello, cada ponente realiza su presentación durante 20 minutos y finalmente se da participación a los asistentes, mediante preguntas escritas, las cuales fueron dirigidas al Viceministro de salud.

A continuación se presenta un resumen de las ponencias de los expertos sobre aspectos relevantes de la reforma a la salud en Colombia.



Dr. Fernando Ruiz Gómez.
Viceministro de salud pública y prestación de servicios.

Explica la reforma de salud¹ durante los últimos cuatro años, la perspectiva de Colombia en términos de salud y equidad y se finaliza con el plan de desarrollo.

Demografía y carga de la enfermedad

En cuanto a la pirámide demográfica colombiana, cada vez hay más población mayor y la esperanza de vida en Colombia ha crecido favorablemente en 6 años frente a los últimos 15 años².

Otro cambio muy relevante en la carga de enfermedad en Colombia es que en tan solo 5 años entre el 2005 y 2010 la carga de enfermedad crónica pasó de 76% al 83%, eso significa el crecimiento en diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular, cáncer, enfermedades mentales entre otras.

Gráfica 1. Patrón geográfico por grupo de causas



Fuente: Bodega de Datos del SISPRO - ENSIN, ENSM, ENS, 2012.

En la gráfica 1, se presenta la primera causa de carga de enfermedad en cada departamento de Colombia y se desarrolla como cebolla cabezona, tiene una radiografía totalmente diversa. Se observa que en la parte central de Colombia, en color verde -corresponde a los departamentos de Norte Santander, **Santander**, Boyacá, Cundinamarca y todo el eje cafetero-, la causa predominante de carga de enfermedad es la enfermedad crónica. Estos departamentos son los más estructurados del país, son los de avanzada y tienen mayor población anciana. La siguiente etapa, en azul, cuya primera causa de carga son las lesiones y las lesiones por violencia, son el departamento de Antioquia, Nariño, Putumayo y Huila. La tercera etapa, amarilla, muestra los departamentos de Orinoquía y la Amazonía, donde la causa dominante de carga son las enfermedades transmisibles todavía: paludismo, malaria, dengue. En la zona de color naranja norte de la Costa Caribe y Pacífico las causas de mortalidad son las enfermedades materno infantil. Esto nos da un panorama del país, donde a pesar de que la enfermedad dominante es la enfermedad crónica, a nivel regional se evidencian diferencias muy importantes.

Equidad en el acceso, calidad y utilización de servicios de salud

En cuanto al acceso a los servicios de salud, es uno de los grandes logros innegables de la ley 100⁴; la afiliación del sistema de seguridad social con 90,7% de cobertura, y Colombia es uno de los países de Latinoamérica con mayor cobertura en salud.

La tasa de hospitalización en Colombia es de 8,7% la más alta de toda Latinoamérica, en México es de 6%, o Brasil 5%, y se tiene una carga importante asociada a discapacidad.

Por otro lado, el uso de servicios preventivos es relativamente bajo y solamente a lo largo de un año el 58,26% de los colombianos dicen que tuvieron acceso al servicio preventivo. Una muy alta hospitalización con un bajo acceso a servicios preventivos, eso es un tema bastante importante.

Se ha avanzado mucho en el suministro de medicamentos, en el 2003 solamente el 37% de los colombianos que tenía una fórmula médica recibía todos los medicamentos, en el 2013 ya vamos en el 66,97%, que es probablemente la tasa más alta en el suministro de medicamentos en todo el continente americano.

Oferta de servicios

En los niveles de alta complejidad hay una muy alta cobertura y un muy alto uso de los servicios hospitalarios con tasas de ocupación por encima de 90%, pero en los servicios de baja complejidad la tasa de ocupación apenas llega a 37%. Esto demuestra una deformidad bastante fuerte del sistema de salud, en la medida que la puerta de acceso a los servicios de salud se ha convertido en la puerta de los servicios de urgencias de los hospitales de mediana y alta complejidad, problema superamente serio en los servicios de baja complejidad porque no dan resolutiveidad y la gente termina golpeando la puerta de los hospitales de alta complejidad para buscar solución a sus problemas de morbilidad.

Otro resultado importante del sistema de salud es la reducción en el gasto en el bolsillo de la población. En el año 1990 fue de 43% el gasto en salud del bolsillo de los colombianos, en el 2013 ese gasto va en el 14%, este resultado también es el más bajo de todos los países de Latinoamérica: el gasto de bolsillo en México, 43%, gasto de bolsillo en Brasil, 46%, gasto del bolsillo en Chile, 34%. Por tanto, Colombia tiene un sistema

que ha anulado con gran eficiencia el gasto del bolsillo de la población.

Pero el sistema, evidentemente, tiene problemas de acceso y problemas de fragmentación en el acceso a los servicios de salud. Frente a eso la respuesta del Estado ha sido esta reforma, que reorienta el acceso a los servicios de salud a través de **reoxigenerar nuevamente el tema de la salud pública como tema central** para la atención de los problemas de la población, y se lanza en el nuevo plan de desarrollo⁵. En el artículo 65 se plantea la política integral y atención en salud, enmarcada en la ley estatutaria de salud y que lo que busca es generar una integralidad en la atención y que el sistema vuelva a centrarse en la atención de la población, y no solamente en relaciones de naturaleza económica que han desnaturalizado el sentido de lo que deber ser el sistema de salud.

Marco operativo

Primero una *reterritorialización del modelo*, Colombia tiene un modelo de atención que en la actualidad depende de lo que cada asegurador brinde, con servicios que le quieran dar a la gente.

Eso es lo que tiene que cambiar dentro de una política de atención en salud y el primer cambio es reconocer que en el país tenemos varios tipos de territorios. Es muy difícil tener un sistema que de una manera única actúe frente a diferentes situaciones, las necesidades del Guainia son diferentes a las de Bogotá o Medellín, eso implica tres modelos de atención: *de zonas dispersas* para las zonas del Pacífico y la Costa Caribe, *un segundo modelo de atención urbana* para las grandes ciudades donde vive el 70% de la población y *un tercero de alta ruralidad* donde las respuesta debe darse según las necesidades de la gente que reside en los 700 municipios del país con menos de 30.000 habitantes.

El segundo tema importante para contextualizar, es un modelo de atención con una visión de *intervenciones por entorno a través del curso de vida*, el sistema de salud ha sido muy efectivo en el tratamiento de la enfermedad, pero deficiente en la generación de salud y es es la misión central de sistema de salud, eso implica un sistema que fortalezca la visión de salud pública y la visión de curso de vida, para que tenga la capacidad a lo largo del curso de vida de una persona, desde antes de su gestación hasta el momento final de la vida, ofrecer la oportunidad de crecer y de construir salud.

Para eso se requieren dos tareas: diagnosticar la situación de salud por localidades, y disponer de una

caracterización de los aseguradores para integrar esas dos realidades que ahora es tan totalmente desconectadas de la situación de salud de Colombia.

Detección de grupos poblacionales y grupos de riesgo

Una vez realizada la caracterización de la población, sigue generar las *rutas integrales de atención específicas*. Para generar una política integral de atención en salud es necesario una ruta de atención de la salud y de la enfermedad que sea oportuna, integrada y regulada desde el propio Estado.

Otro de los retos más importantes en Colombia es, si quiere dar una respuesta integral en salud y reposicionar la puerta de entrada, hay que fortalecer *el prestador primario de atención*, el prestador es el que está cerca de su casa, el llamado primer nivel de atención.

Con el prestador primario hay problemas severos, el prestador primario no da respuesta inmediata sino que se preocupa más por remitir a los pacientes a los centros de alta complejidad, y no dan ese 70% mínimo de respuesta para que realmente el servicio sea adecuado, provocando que la población -con justa razón- busque los servicios de urgencias.

Por tanto, implica definir algunos parámetros de los prestadores primarios: primero el tipo de servicios a brindar a la comunidad, el abordaje a la comunidad y la conformación de equipos de trabajo, para poder hacer una atención e intervención efectiva de los problemas y patologías de la población colombiana. También hay que **reposicionar algunas profesiones de salud que han perdido paulatinamente su sentido de resolutivez, por ejemplo enfermería. Hay profesionales de enfermería muy eficientes en la gestión de servicios hospitalarios, pero necesitamos enfermeras con capacidad de coordinación de servicios de primer nivel, de seguimiento y de trabajo en los primeros niveles de atención y esa capacidad -señor rector Luis Gustavo Álvarez-, es muy importante que se pueda construir desde la universidad. Igualmente abrir el contexto de la salud familiar y comunitaria para brindar con mayor eficiencia y resolutivez los servicios de atención primaria.**

Uno de los mayores descuidos en el sistema de salud es la *operación en redes integrales*, hoy en día las EPS contratan con los términos de tiempo que ellos consideran adecuados, no cumplen con la red contratada. En el departamento del Chocó las redes no tienen la capacidad de respuesta y la gente termina de *modus* propio buscando atención en Medellín. Eso se repite en muchos lugares del país.

De manera que es necesario sustentar y consolidar una división de redes integrales de salud, donde la lógica no sea el equilibrio económico de las Empresas Prestadoras de Salud (EPS) ni de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), sino la forma razonable y racional en que se debe atender a la población dentro de un grupo integrado de servicios.

En consecuencia, implica cambiar la visión del asegurador o EPS, que no sea pagar y contratar, sino que tenga *capacidad de gestión del riesgo en salud*, que tenga *capacidad para la gestión de riesgos empresariales* y responda a la población en las condiciones de salud y en los procesos de atención de la población.

Por esa razón, el Ministerio de Protección Social ha planteado, primero, la habilitación financiera de los aseguradores, donde se garantice que realmente tengan capacidad técnica para administrar las poblaciones. No es posible que en la alta Guajira hayan 19 aseguradores compitiendo por 250 mil personas.

Lo anterior no es un sueño, porque actualmente el 50% del modelo se está desarrollando, el Ministerio para el próximo año tendrá estructurados todos los análisis y la situación de salud. Se están revisando los planes de salud, las rutas de atención de salud ya están definidas, tanto la ruta universal de promoción de la salud, como las rutas de 16 conjuntos de enfermedades que se consideran las prioritarias.



Lina María Barrera Rueda
Representante a la Cámara por el Departamento de Santander

Beneficio de la reforma de salud para los usuarios, Ley Estatutaria.

Desde el Congreso de la República se ha venido trabajando en la problemática del sistema de salud en Colombia, se han aprobado leyes importantes como la ley 1122 de 2007⁶, la ley 1438 de 2011⁷ leyes ordinarias para la atención primaria de salud, la contabilidad nacional, el giro directo de los recursos a

las IPS, el control de precios de los medicamentos, la atención de calidad y de oportunidad, la red integrada de servicio, el talento humano en salud, la prevención y la promoción de salud. Sin embargo, estas leyes no han sido reglamentadas en su totalidad por el gobierno nacional, por tanto desde el Congreso de la República se ha elevado la voz de protesta por el mal servicio en la salud de los colombianos.

Entonces el 2013 arrancó la discusión de esa ley estatutaria* y en el mismo año fue aprobada la reforma estatutaria a la salud. Se tomó todo el 2014, y hasta el 2015 fue sancionada por el gobierno nacional, a continuación se presentan los 10 beneficios importantes que recoge esta ley estatutaria.

1. La salud como derecho fundamental

La primera característica que tiene la ley es la autonomía, hay ciertas voces en Colombia que dicen que a través de esta reforma o ley estatutaria la gente ya no puede entutelar, esto no es cierto, porque contempla el derecho fundamental de la autonomía y por ser autónomo cualquier colombiano tiene derecho a manifestarse cuando sienta vulnerando su derecho o su acceso a la salud.

Otras características importantes: es irrenunciable, de acceso oportuno, eficaz y con calidad a la prestación de servicio, garantizado de forma prioritaria por el Estado, con disponibilidad, aceptabilidad y accesibilidad.

2. La aceptabilidad como elemento y la interculturalidad como principio del derecho a la salud

En cuanto a la aceptabilidad, Colombia es un país de regiones, un país disperso y diverso, con diferentes culturas y etnias, no es lo mismo la epidemiología de Santander a la de Putumayo o de la Guajira, entonces ahí ya el gobierno nacional está empezando a aplicar esos artículos que fueron aprobados en la ley estatutaria.

3. Se elimina la "autorización administrativa" en caso de atención a urgencias.

Cuando se trate de atención de urgencias, se prohíbe la negación de la prestación de los servicios y tecnologías de la salud, eliminando cualquier clase de obstáculo entre la EPS y la IPS so pena de sanciones penales

* Una ley estatutaria sirve para exigir los derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección, también esas leyes estatutarias en el Congreso de la República se usan para la organización y régimen de los partidos y movimientos políticos o también para la administración de justicia dentro de otros usos, pero esas leyes estatutarias tienen un procedimiento especial para aprobarse en el Congreso de la República, por ejemplo esta ley estatutaria de la reforma a la salud se necesitan de las mayorías absolutas, en el caso de la Cámara se necesitan ser aprobado artículo por artículo con un mínimo de 86 votos y en el caso del Senado de la República se requiere un mínimo de 54 votos

o disciplinarias, prevaleciendo la vida, integridad y prestación del servicio a los pacientes. Por tanto, se puede solicitar el servicio de urgencias y no pueden negarlo, sin importarle que la EPS no lo haya autorizado.

4. Se elimina el Plan Obligatorio de Salud y se da paso al "régimen de exclusión"

Se acabó el famoso Plan Obligatorio de Salud (POS), este plan era un listado de servicio al cual se tenía derecho para que una EPS atendiera, con la ley estatutaria se eliminó ese listado y simplemente queda excluido lo cosmético o lo sustuario, lo experimental lo que no tenga evidencia científica y los tratamientos en el exterior que se puedan hacer en Colombia, de resto, se tiene derecho a todos los servicios.

5. El Estado será responsable.

Aquí se ha avanzado muchísimo, desde hace tres o cuatro años el Estado se hizo responsable de la salud de todos los colombianos, y está velando porque realmente eso se cumpla y que no sea un obstáculo para la atención la situación financiera ni el acceso a los servicios.

6. Autonomía profesional

Otro tema importante que trae esta reforma estatutaria es la autonomía profesional porque el médico tenía el tiempo contabilizado por paciente, a veces no podía dar exámenes en la misma cita, tocaba hacer otra. Además las EPS tienen programados los medicamentes y los exámenes que debe solicitar, por tanto, con este artículo, le devuelve la autonomía al profesional, que exista esa relación médico paciente y que realmente al paciente lo atiendan como se merece y le den los medicamentos y los exámenes que él requiere. Se recomienda seguir haciendo auditoria en ese sentido.

7. Prestación de servicios en las zonas marginadas

Obliga a que el Estado garantice la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población colombiana y que busque los mecanismos para que esas personas de las zonas más apartadas puedan gozar de esos servicios de salud.

8. Sujetos vulnerables

Otro punto fundamental los sujetos vulnerables son prioridad en los servicios de salud los niños, niñas y adolescentes, las mujeres en estado de embarazo, los desplazados, las víctimas de la violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, las personas que sufren de enfermedades huérfanas -con éstas hay un grave problema porque existe poca reglamentación-, personas en condición de discapacidad, pueblos

indígenas y pueblos y comunidades negras o afrocolombianas..., la ley estatutaria estableció esa población como prioritaria para la atención de los servicios de salud.

9. Fortalece la política de control de precios de los medicamentos.

Es importante el trabajo que está haciendo el Viceministro y el Ministro de Protección Social, porque han logrado que se ajusten los precios a los medicamentos en Colombia, ya que no es justo el costo tan alto de los medicamentos, cuando en otros países cuesta la mitad. En eso el Ministerio han hecho un trabajo arduo y se han visto los resultados.

10. No solo “derechos”, también deberes para los usuarios

Y por último los deberes, como el autocuidado de la salud individual, familiar y comunitaria. Para ello se va a implementar un programa de salud pública que involucre este deber de autocuidado, seguir las recomendaciones del personal de salud, cumplir las normas del sistema de salud, actuar con solidaridad para salvaguardar la salud de las personas, respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud y suministrar de manera oportuna y suficiente la información que requiera para efectos del servicio.



Nancy Cañón Vesga
Directora ejecutiva de ASEHISAN
asehisan@cohosan.org

Análisis del impacto de la reforma

Existen unos artículos que tiene el Plan Nacional de Desarrollo que afectan a las IPS en la prestación de los servicios de salud, e igualmente algunos artículos de la ley estatutaria que son muy importantes para el desarrollo de la salud, específicamente de las Empresas Sociales del Estado (ESE).

El artículo 65 del Plan Nacional de Desarrollo crea la política de atención integral de salud, dentro del marco de la ley estatutaria 1751, que es de obligatoriedad para

todo el plan el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Esta política contempla Atención Primaria de Salud (APS), salud familiar y comunitaria, articulación de actividades individuales y colectivas, un enfoque poblacional diferencial, redes integrales de servicios de salud. Esos enfoques ya están escritos dentro de la ley 1438 del año 2011, la cual no ha sido posible ejecutar ni recopilar por parte del Ministerio de Protección Social.

Se proponen *las rutas de atención para la promoción, prevención y mantenimiento de la salud por curso de vida*, se tiene la incertidumbre de la ejecución de estas rutas de atención integradas en el modelo de aseguramiento de hoy en día con las EPS, en especial en la contratación que hacen esas EPS con las IPS cuando realmente miran un contrato económico y no como lo quiere realizar esta política que sea realmente una lista de atención en beneficios de las personas.

Es muy importante el fortalecimiento del *prestador primario*, pero ahí tiene mucho que ver la contratación con las EPS. Se ha hecho manifiesto al Ministerio la importancia del cumplimiento de un percápita para el primer nivel de atención con eso se evitaría estar en esa disyuntiva de las ESE en la contratación con las EPS mirando cuando el usuario contrate, sino que debería ser con un percápita que incluya todos los servicios y el costo de esos servicios de atención para el usuario.

La reforma en salud, se adopta de acuerdo a los ámbitos territoriales, según la especificidad en diferentes territorios. Surge la pregunta: ¿cómo se va a garantizar realmente que todos los sectores esten sentados para definir la política?.

Igualmente el Plan Nacional de Desarrollo, en el artículo 66 habla de un manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del SGSSS. Se va a crear una entidad de naturaleza especial, centralizada, denominada Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, esa entidad va a manejar los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), Fondo de Salvamento y Garantías para el sector salud (FONSAET), los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el Plan de Beneficios del Régimen Contributivo y la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP). La pregunta que surge de la unidad de caja: ¿será que se van a respetar esos recursos para promoción y prevención y los del FONSAET? ¿Cómo se va a realizar esa distribución de recursos o si el gobierno va tomar esos recursos y nos los va a entregar?. Dice el Plan Nacional de Desarrollo que los recursos de las entidades territoriales los tendrán contablemente en una cuenta aparte.

Otro artículo, el 71, sobre la negociación centralizada de medicamentos y dispositivos. El Ministerio va a centralizar las negociaciones para los precios de medicamentos y dispositivos, para todos los proveedores y compradores de medicamentos, y no pueden superar el límite de los precios. Se pregunta ¿cómo y cuándo va a realizarse esa negociación?, porque, para las ESE es muy importante este tema.

La política nacional del trabajo decente que está en el artículo 74, ha manifestado al Ministerio que debe haber una política de talento humano especial para las ESE. En este momento en Santander tenemos tres ESE sancionadas por el Ministerio de Trabajo, como es el Hospital Universitario de Santander, el Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU) y el Hospital de Floridablanca, porque debido a los ingresos que tienen las ESE no es posible laboralizar a todos los empleados que se tienen, y más, después que en Santander se llevó a cabo un proceso de modernización por parte del Ministerio de la Protección Social donde sacaron al 80% de los empleados para que fueran empleados externos.

Otro artículo muy importante, el 147, que habla de la financiación del pasivo pensional del sector salud con recursos del Fondo Nacional de Pensiones de las entidades Territoriales (FONPET) y destinación de excedentes, dice que las entidades territoriales ya pueden tomar esos recursos del FONPET, abonados al sector salud para fuente de financiación del pasivo pensional, en Santander hay un modelo de concurrencia y para los trabajadores de salud es muy importante este artículo.

El artículo 219 habla del saneamiento fiscal y financiero. Realmente fue muy importante este artículo en el Plan Nacional de Desarrollo, porque el Ministerio de la Protección Social va a revisar nuevamente las ESE que llegaron a la superintendencia para saber si pueden salir de ese alto y mediano riesgo, y poder ejecutar sus planes de saneamiento fiscal y financiero. Les da un plazo hasta el 31 de julio para que presenten sus programas ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. También a las ESE que no pudieron organizar sus programas porque los presentaron a destiempo, les dan una nueva oportunidad y eso es muy importante.

Impacto de la ley estatutaria 1751: Elementos y principios que afectan a las IPS

Progresividad del derecho, el Estado dice que debe promover la ampliación gradual y continua al acceso de los servicios y tecnología en salud. Por eso es inconstitucional el

cobro de copagos para tecnologías que no están en el POS, porque el Estado debe garantizar que haya una ampliación gradual de ese POS.

El artículo 8 de la *integralidad* dice que todos los servicios de tecnología en salud deben ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o controlar la enfermedad, y que no se puede fragmentar la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en detrimento de la salud del usuario. Las EPS no entendieron ese artículo, en esta provincia Guantánamo el Hospital Regional de San Gil, la EPS Cafesalud no tiene contratado ningún servicio de primer nivel en promoción y prevención, cuando tiene todos los servicios calificados para hacerlo. Hay otras EPS en otros municipios donde no contratan consulta externa, ni medicamentos, pero sí quieren que le den todos los otros servicios, ¿Dónde está la continuidad y la integralidad en la prestación de esos servicios de salud? Por tanto, este artículo es bien importante y le solicitamos al Ministerio su cabal cumplimiento.

De otra parte, el artículo 24 menciona que se debe garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas, dice que la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica sino de la rentabilidad social, en la categorización del riesgo, el Ministerio de Hacienda quiere catalogar a los hospitales en rentabilidad económica solamente y que las ESE deben producir los servicios, que tengan sus ingresos y, ¿dónde queda la rentabilidad social de esas ESE? En este momento las tiene totalmente olvidadas y la ley estatutaria vuelve y las rescata, porque las ESE como instituciones públicas deben tener esa estabilidad social.

Estado de la cartera⁸

Un tema de gran relevancia son las deudas de las EPS en Santander, son ellas quienes están afectando la liquidez y prestación de servicios de salud. El total de la cartera del departamento de Santander es de 192 mil millones de pesos, el 65,5% es el régimen subsidiado y el contributivo 14,8%.

En el régimen subsidiado la cartera más alta es con Caprecom, está debiendo cerca de 25 mil millones de pesos y el HUS cerró los servicios a Caprecom por falta de liquidez. La deuda asciende a cerca 13 mil millones y el segundo gran deudor es Solsalud liquidada. ¿Quién le va a pagar esos recursos a la red pública? son casi 24 mil millones de pesos, seguido de las otras EPS.

En el régimen contributivo la cartera más elevada es la de Saludcoop, que está debiendo a la red pública

cerca de 8 mil millones de pesos, seguida nuevamente por Solsalud en liquidación que prestaba servicios de régimen contributivo que estaba en 6 mil 500 millones, y luego la Nueva EPS en 6 mil millones. No se ha visto la voluntad del Ministerio para hacer saneamiento de cuentas y pagar esta cartera tan grande.

El decreto 1702⁹ da liquidez a todas las EPS, pero las EPS le dicen a los hospitales que esas deudas se la pagan en 5 y 6 años, o sea, no hay ingresos con los nuevos recursos como lo quiere el Ministro, eso es bien grave.



Beatriz Carvalho Suárez
Presidenta de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC.

Impacto de la reforma de salud para los usuarios y los trabajadores de la salud

Situación de los usuarios de los servicios de salud frente a la reforma del sistema

En un artículo publicado por el periodista (médico), Ulahy Beltrán, se plantea que en Colombia existen dos países: el país desde la dirigencia nacional del sector salud, quienes hacen la política pública y el otro, el que siente y padece enfermedades, los trabajadores de salud, las instituciones hospitalarias y muchas veces las direcciones territoriales de salud.

Preocupa especialmente al sector la deuda que de las EPS tienen con los hospitales públicos y con los entes territoriales, que ascienden a cerca de 5 billones de pesos. ¿Por qué el Ministerio de Salud no está realizando los controles necesarios para que los recursos que están destinados a atender la salud de la población no se desvíen hacia otros intereses?

Entonces, si fracasó el modelo de aseguramiento, demostrado por la intervención del Gobierno a las más importantes EPS, ¿Por qué estas empresas no han devuelto el dinero que sacaron del Sistema de la Salud? y ¿por qué el nuevo modelo que nos propone el Ministerio sigue siendo basado en el aseguramiento?

Porque les pueden poner otro nombre, pero cumplen la misma función, de esta manera siguen con el mismo negocio de la salud.

De otra parte, de los 953 hospitales públicos que se encuentran en riesgo financiero, el 43,4% están calificados en riesgo medio y bajo por todas estas deudas, si estos no logran refinanciar y no cumplen las normas de ajuste fiscal que les establece el Ministerio de Salud, es posible que estos hospitales sean liquidados. Es importante recordar que estas instituciones han sido construidas con los aportes de todos los colombianos y son los hospitales públicos los que atienden a la población más vulnerable, al desaparecer quedaríamos en manos del sector privado exclusivamente.

Hay que ponerle mucho cuidado al tema del pago de la cartera, porque una cosa es lo que expresen las normas y otra es lo que realmente se hace. Además, la ley Estatutaria establece que la salud es responsabilidad del Estado y el nuevo modelo de salud se refiere siempre al papel central de las EPS, entonces, ¿este es un modelo de salud nuevamente centrado en el aseguramiento de las EPS? o ¿es el Estado el garante del Derecho de la Salud?.

*Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ODM, 2000-2015*¹⁰

El segundo elemento es el tema del cumplimiento en los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) 2000 al 2015, estos fueron aprobados por la Asamblea de las Naciones Unidas, frente a los graves indicadores de pobreza del mundo. Para atender esta situación se establecieron 8 objetivos, unos de carácter general como la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, la educación primaria y universal, la igualdad de los géneros y la sostenibilidad ambiental. Los específicos están relacionados con la salud, como son la lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades infectocontagiosas, el mejoramiento de la salud materna y la reducción de la mortalidad de niños menores de cinco años. El país reporta muertes de niños por desnutrición, por enfermedades diarreicas, sin embargo el gobierno realiza grandes esfuerzos para ingresar a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que debe cumplir cerca de 100 requisitos para igualarnos a los países más ricos del mundo.

En cuanto al cumplimiento de los Objetivos del Milenio, a Colombia le fue así: la pobreza extrema se redujo en un 8,8% en el 2015, cumplimos la meta de reducir la pobreza, pero este indicador no se presenta de manera uniforme, porque en los departamentos del Chocó, Guajira, Vaupéz el nivel de pobreza es de 12%, y Bogotá

también tienen importantes zonas de exclusión social. Especialmente en las áreas periféricas se reportan altos niveles de violencia y pobreza y no se disponen de los mismos servicios de salud.

En relación a la meta de reducción del VIH/SIDA se debe reconocer que se presentó una importante disminución de la mortalidad, por la cobertura realizada con terapias antiretrovirales, conseguida por la persistencia de estos pacientes para que les entregaran estos medicamentos, pero continúa la transmisión materno infantil. Se deben reforzar los programas de control prenatal.

La meta del control del dengue no se cumplió, se presentaron 97 de muertes frente a una meta de 47 casos letales. De otra parte han aparecido nuevas enfermedades transmitidas por el mismo vector del dengue, relacionadas con un servicio deficiente de los programas de promoción, prevención, salud pública y atención primaria.

En el tema de la salud materna, se reportan 19,5% de menores embarazadas; falta la atención a programas de educación a las adolescentes, las muertes asociadas con el embarazo y el parto. Se presentó una tasa de 65,89, frente a una meta propuesta de 45, el 98,72% de mujeres embarazadas fueron atendidas institucionalmente, entonces ¿cómo es posible que una mujer que no está enferma se muera por el embarazo? Colombia se rajó en el tema de la mortalidad materna.

El desplazamiento forzado en el país, según la agencia de las Naciones Unidas para refugiados a mayo de 2015, registró 6.044.200 desplazados internos, es decir que esta población corresponde al 12%, el 66% viven bajo el umbral de la pobreza y el 33% en condición de indigencia, es muchísima gente que se encuentra en esta situación, el Gobierno debe atender esta situación en forma prioritaria.

Situación de los trabajadores de la salud frente a las reformas del sistema

Para el año 2015 se estima que existen en el país 800.000 trabajadores de la salud, 70,6% son mujeres, de los cuales el 58% son técnicos y auxiliares y el 42% profesionales. La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC, viene realizando importantes esfuerzos para dar cumplimiento a lo establecido por la ley 1164 en materia del Registro del Talento Humano en Salud, para lo cual apoyó la creación de la Organización Colegial de Enfermería, a la cual le entregará la ANEC esta función que ha realizado por espacio de 18 años, en cumplimiento de la Ley 266 de 1993.

También, el estudio CENDEX (2002) presentó una proyección de la oferta de algunas categorías ocupacionales del 2000 al 2020. La proyección al 2015, se aproxima a la situación actual del sector salud¹², se destaca que el mayor número del personal de salud son los auxiliares de enfermería 24,7%.

El desempleo de recurso humano en salud proyectado para el año 2015: la desocupación de los médicos es del 20%, y para las enfermeras es del 38%. Este indicador depende de las políticas públicas que orientan a las entidades de salud a contratar menos enfermeras, para ser reemplazadas por otras categorías de personal de enfermería, lo que genera las altas de desempleo en la profesión.

La ANEC viene realizando el seguimiento a estos indicadores a través de los datos aportados por las 45.000 enfermeras registradas, donde se observa actualmente un desempleo de 32%. Este desempleo está relacionado con las estrategias de flexibilización laboral, aplicadas a cerca del 70% de los trabajadores de la salud, lo que se evidencia en la inestabilidad en el empleo, la no cobertura a la Seguridad Social, la cual debe realizar el trabajador con bajo salario. Esta situación se viene profundizando en los últimos 10 años.

Déficit de trabajo decente

Todas las organizaciones nacionales e internacionales de la salud plantean que el recurso humano en salud es indispensable para brindar servicios de salud de calidad, si esta premisa es cierta los trabajadores de salud deberían tener una mejor posición social, pero existe una tendencia a excluir este tema en las grandes reformas realizadas al sistema. Igualmente se promueve una cultura antisindical, que restringe la posibilidad de realizar la reclamación de los derechos de los trabajadores de una manera organizada y democrática.

El dialogo social y la negociación colectiva en el país son muy residuales, la relación laboral sin derechos se presenta por el desempleo, bajos ingresos, informalidad y desprotección social. Existe exclusión generacional con los jóvenes, quienes muchas veces no encuentran empleo; es posible que en regiones como la Guantánamo con una sola Universidad, la demanda sea mejor, pero en ciudades como Bogotá que dispone de 8 facultades de enfermería, el tema del acceso del empleo es muy difícil.

Agenda laboral Colombia – Estados Unidos incumplida

Los sindicatos del mundo le solicitaron al Presidente Obama que no firmara el Tratado de Libre Comercio

con Colombia porque este país no cumplía las normas internacionales de la protección al trabajo, por esta razón se firmó un acuerdo previo entre el Presidente de la República con el de Estados Unidos, como requisito para firmar el TLC, este incluía la formalización laboral, el derecho de asociación, el derecho a la negociación, la superación de la violencia y la impunidad contra el sindicalismo y el fortalecimiento de la institucionalidad laboral, estos compromisos se cumplieron parcialmente. La Corte Constitucional, a través de una sentencia, definió que los trabajadores de la salud son de carácter misional y en consecuencia deben estar vinculados a las plantas de personal de las instituciones.

Desempleo y subempleo: nuevas modalidades de relación laboral

Cerca de 5.600 empresas tercerizadoras funcionan en el sector salud, esto genera condiciones de vinculación por horas. Una fisioterapeuta, por ejemplo, se contrata por procedimiento, además, tiene que llevar su propio equipo de trabajo y por este servicio le pagan \$30.000 pesos por sesión. Este tipo de contratación despoja a los trabajadores de sus derechos laborales, el salario es integral, es decir, sin remuneración del trabajo suplementario, no pago de las horas extras, ni dominicales, ni festivos. Por esta razón este personal debe ser protegido y brindársele condiciones de seguridad y bienestar social y laboral.

Se han eliminado 343 hospitales y 111.000 cargos eliminados de su planta de personal. Llama la atención la liquidación del Instituto de Seguros Sociales, ISS, para darle vía libre al sector privado. Los colombianos aún no han valorado lo que se perdió con la eliminación de la única entidad de seguridad social pública que brindaba una cobertura de carácter público en las áreas de salud, pensiones y riegos laborales.

Estrategia mundial sobre el recurso humano para la salud 2015-2030

La Organización Mundial de la Salud, OMS, estableció un plan de acción para el periodo 2015 - 2030, para el recurso humano de la salud y algunos principios que buscan intervenir las grandes falencias descritas anteriormente:

Principio del recurso humano:

- Cobertura universal sanitaria, con garantía de acceso equitativo al trabajador sanitario capacitado y motivado, en un sistema de salud que funcione.
- Garantizar el derecho de los trabajadores sanitarios

a estar libres de la discriminación de género, de la violencia en el lugar de trabajo y el acceso a trabajo decente para todos.

- Integración de los servicios de salud mediante un planteamiento centrado en las necesidades de la población.
- Se reivindica que no es lo que necesita el mercado, sino lo que necesita la población, los trabajadores, el número de trabajadores y la calidad de los trabajadores.
- Promover la contratación ética de los trabajadores de la salud.

REFERENCIAS

- (1) Colombia. Congreso de la república. Ley estatutaria 1751 (2015, 16 de febrero) Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso 2015. [Internet] [acceso 2015 octubre 20] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- (2) Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud - ASIS 2013. Elaborado a partir de las estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad. Información a junio 30 de 2012. DANE
- (3) Pontificia Universidad Javeriana. Estimación de la carga de la enfermedad para Colombia, 2010.
- (4) Colombia. Congreso de la república. Ley 100 (1993 diciembre 10). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso. 1993.
- (5) Colombia. Congreso de la República. Ley 1753 (2015 junio 9), por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014- 2018. [Internet] [acceso 2015 noviembre 18] Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/LEY%201753%20DEL%2009%20DE%20JUNIO%20DE%202015.pdf>
- (6) Colombia. Congreso de la república. Ley 1122 (2007 enero 9), por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso. 2007. [Internet] [acceso 2015 noviembre 18] Disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co//pdfs/politicas/>

nacionales/Ley_1122_de_2007-Modificaciones_Sistema_General_de_Seguridad_Social.pdf

- (7) Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 (2011 enero 19), por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso. 2011. [Internet] [acceso 2015 noviembre 18] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>
- (8) Estado de la cartera de Santander. Asehisan. 2014.
- (9) Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. Presidencia de la República. Decreto 1702 (2015 agosto 28), Por el cual se modifican los Artículos 2.2.2.35.3, 2.2.2.35.5 Y 2.2.2.35.7 del Decreto 1074 de 2015 -Decreto Único Reglamenté/rio del Sector Comercio, Industria y Turismo. Bogotá: El Ministerio. 2015 [Internet] [acceso 2015 octubre 18] Disponible en: http://www.sic.gov.co/drupal/sites/default/files/normatividad/Decreto_1702_2015.pdf
- (10) Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo. Objetivos de desarrollo del milenio. [Internet] [acceso 2015 noviembre 18] Disponible en: <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=h-a-1--&s=a&m=a&e=A&c=02010#.VsYs-IThDio>
- (11) Colombia. Congreso de la República. Ley 1164 (2007 octubre 3), por la cual se dictan disposiciones en materia de Talento Humano en Salud. Bogotá: El Congreso. 2007. [Internet] [acceso 2015 octubre 18] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf
- (12) Modelo de oferta y demanda de recurso humano en salud en Colombia. Universidad de Antioquia. Cálculo CENDEX. 2002.