

Imprimir

El 17 de julio de 2024 se presentó, en rueda de prensa, un proyecto de ley por parte de representantes de ciertos gremios médicos, autodenominados “Acuerdos Fundamentales” conformado por la Academia Nacional de Medicina, Sociedades Científicas, Colegio Médico colombiano, quienes se auto abrogan la vocería de los trabajadores de la salud.

Este proyecto, en su esencia, desmantela los avances logrados en el derecho a la salud y representa un retroceso significativo que pone en riesgo la calidad y el acceso a los servicios de salud. En este artículo, analizaremos los aspectos más preocupantes de esta propuesta legislativa y destacaremos la importancia de la ley estatutaria de la salud, que consagra la salud como un derecho fundamental y ha sido un pilar crucial para garantizar el bienestar de los colombianos

En el 2015 se marcó un hito en la historia de la salud. Se consagró la salud como un derecho fundamental por medio de la ley 1751 del 2015, una Ley promovida por la Gran Junta Médica Nacional.

El derecho a la salud se constitucionalizó de manera explícita en los artículos 44 y 49 de nuestra actual Constitución Política como un derecho inherente a la persona. Inicialmente, bajo un criterio formalista de interpretación, se consideró un derecho meramente prestacional debido a su ubicación en la Constitución. Sin embargo, la Corte Constitucional, a través de su jurisprudencia, lo ha reinterpretado progresivamente

Desde el análisis de la teoría de la filosofía de la justicia o desde la teoría de la política, considera que los derechos serían determinados como fundamentales en la medida que se constituyen en instrumentos de protección de los intereses más importantes, entiéndase vitales, de las personas, ya que preservan los bienes básicos necesarios para desarrollar cualquier plan de vida de manera digna. Entendiéndose por bienes básicos aquellos que son condición necesaria para la realización de cualquier plan de vida. De allí se deriva la característica de la universalidad de los derechos fundamentales, en cuanto protegen bienes con los que debe contar toda persona para el logro de una vida digna, independiente de factores circunstanciales, tales como características físicas, lugar de nacimiento, entre otras.

¿Acaso el derecho a la salud no es una condición necesaria para la realización de cualquier plan de vida de cualquier persona en Colombia? el derecho a la salud es inherente a la protección de la salud, las personas tienen el derecho a su pleno desarrollo, a una vida digna y con calidad y a gozar realmente de las libertades, a contar con la protección de su integridad personal y al goce pleno de todos sus derechos constitucionales y legales. Por tanto, en ese sentido el derecho a la salud es universal, asignado a todos los colombianos, es en sí mismo un bien y una condición necesaria para la realización de cualquier plan de vida

“El derecho a la salud se encuentra conectado directamente con los principios constitucionales colombianos por varias razones: por ser Colombia un Estado Social de Derecho, por contribuir a la materialización de la dignidad humana, por ser un derecho inalienable que en consecuencia goza de primacía, sin discriminación alguna, por ser la Constitución norma de normas y ser el derecho a la salud una disposición constitucional. Por ende, con los demás derechos constitucionales tiene supremacía constitucional sobre normas “infra” constitucionales y vincula a todos los poderes del Estado y a los particulares. Faculta a las personas para exigir acciones positivas por parte del Estado a favor del derecho a la salud. Pero también le prohíbe al Estado realizar acciones negativas que perjudiquen el derecho a la salud de las personas. El Estado es garante del derecho a la salud y de la materialización progresiva de los bienes y servicios de salud. El derecho a la salud como derecho irrenunciable”

La lucha por el derecho fundamental a la salud no ha sido sencilla. La acción colectiva en salud en Colombia en las dos últimas décadas está atravesada por la disputa entre dos concepciones antagónicas acerca del papel social del Estado, la hegemónica, puesta en marcha con la reforma a la salud iniciada en 1993, basada en la privatización, el desmantelamiento de la institucionalidad pública, y en la realización segmentada del derecho a la salud, según posición socioeconómica; y la más débil, sustentada en el ESD de la Constitución de 1991, y en la garantía del derecho fundamental a la salud, cuyo desmantelamiento ha sido paralelo a la consolidación de la agenda de la reforma. Cada tendencia ha sido defendida por actores específicos: la de la reforma por el ejecutivo y las mayorías parlamentarias, por el gremio de las EPS privadas, y por algunos sectores

académicos; la del derecho fundamental a la salud, por la Corte Constitucional, la Defensoría del Pueblo, el MNSSS, otro sector de la academia, y se ha configurado como elemento identitario de las luchas de los actores subalternos.

1. Fallas de carácter legislativo

Aunque dentro de sus objetivos se señala que la presente Ley, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, con sus definiciones, ordenamientos y principios, reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia y garantizar el derecho fundamental a la salud para todas las personas (artículo 1) En realidad el proyecto es regresivo, improcedente e inconstitucional. Este busca modificar mandatos estatutarios por vía de ley ordinaria, lo cual desvirtúa y contradice la esencia de la Ley Estatutaria de Salud.

2. Sobre el aseguramiento

El proyecto desconoce el verdadero significado el aseguramiento en salud, que debe estar a cargo del Estado, insistiendo en el modelo de aseguramiento comercial que tanto daño ha hecho en el país, adjudicado a los privados, ahora denominados Gestores de Salud: “funciones cruciales como la gestión del riesgo en salud, el riesgo administrativo u operativo y la articulación de los servicios que garantice el derecho efectivo, la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador del servicio y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario” (artículo 14). Estas responsabilidades deben ser del Estado para asegurar un sistema justo y equitativo.

Persistir en la idea entes intermediarios financieros con ánimo de lucro, y la administración burocrática con la concepción de la salud como un bien de mercado, desplazando la responsabilidad del Estado. Los trabajadores encargados de atender los pacientes, solo es un medio para obtener el mayor ingreso económico con destino a tales entes, aún a expensas de la calidad ética, científica y técnica del servicio, de la justa y decorosa remuneración de los médicos y demás profesionales de la salud, de sus prestaciones económicas legales, de

su formación humanística y de su educación y actualización continuadas que este modelo de mercado ignora. Bien se ha dicho que un país sin investigación, sin ciencia ni tecnología, no tiene futuro, y la premisa vale también para las instituciones.

3. Riesgo financiero a cargo de los contribuyentes

La intermediación de los privados, quienes manejarán la contratación dentro del sistema, es decir “hagamos que parezca destino para que todo siga igual”, esta propuesta de reforma plantea algo más grave: exime a las Gestoras de Salud (EPS) de la responsabilidad de gestionar el riesgo financiero, delegando esta función a la ADRES como una tesorería ciega. Como consecuencia los colombianos tendrán que asumir las grandes deudas que pueden presentarse. Actualmente, es inocultable el déficit financiero generado por las EPS en cuanto a reservas técnicas, deudas a prestadores, sobrecostos de medicamentos, integración vertical, etc. (artículo 14).

4. Paquete de salud

El proyecto representa un retroceso en cuanto al paquete de beneficios de salud establecido en el Artículo 7. La Sentencia C-313 de 2014 ha sido clara al establecer el *“ la definición de exclusiones resulta congruente con un concepto del servicio de salud, en el cual la inclusión de todos los servicios, tecnologías y demás se constituye en regla y las exclusiones en la excepción. Si el derecho a la salud está garantizado, se entiende que esto implica el acceso a todos los elementos necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible y las limitaciones deben ser expresas y taxativas”*. Al contradecir este principio, el proyecto disminuye la garantía de acceso integral a los servicios de salud.

5. Autonomía médica

Someterse a un plan básico de servicios o a guías y protocolos como ha ocurrido hasta ahora erosiona la autonomía y la capacidad de los profesionales de la salud para tomar decisiones clínicas basadas en su juicio y experiencia. Este enfoque restringe la aplicación de los estándares técnicos, éticos y deontológicos que definen el profesionalismo en medicina. Al

limitar las opciones de tratamiento a lo que está estipulado en un plan básico, se reduce la calidad de la atención y se compromete el bienestar de los pacientes. Además, al subordinar el juicio clínico a directrices estrictas, se disminuye la capacidad del médico para adaptar su práctica a las necesidades individuales de cada paciente, socavando así la relación de confianza que es esencial en la medicina. Los médicos no pueden ser meros ejecutores de protocolos en lugar de ser defensores del cuidado integral y personalizado de sus pacientes, afectando negativamente tanto la práctica médica como la moralidad protectora de la sociedad.

6. Mas intermediarios que contrataran

Incluir otras entidades que contratan dentro del sistema de salud, como proponen en el mencionado proyecto a través de las Redes Integradas de Instituciones y Servicios de Salud (RIISS) es sumamente preocupante. Según el Artículo 14, las RIISS se constituyen como una unidad funcional con autonomía administrativa y financiera, con capacidad para contratar servicios de salud individuales y colectivos, de carácter público, privado o mixto, y profesionales independientes. Basándonos en la experiencia actual, esta adición complicará aún más el flujo de recursos, introduciendo más intermediación y burocracia en el sistema. incrementará la ineficiencia y el riesgo de corrupción, alejándose del objetivo de garantizar el derecho fundamental a la salud

“La comercialización de la atención de la salud que implantó en Colombia la Ley 100 modifica en forma drástica la concepción misma de la moral social, al reemplazar el imperativo hipocrático que busca siempre el beneficio del paciente por un esquema económico que somete el acto médico a los objetivos de lucro de la industria y al poder del mercado. En tal esquema el poder de decisión se sustrae del ámbito intelectual y científico de la profesión médica y pasa a manos de la burocracia administrativa de la corporación, convirtiendo al médico en un operario en la infraestructura corporativa creada con ánimo de lucro. Es un paso ominoso hacia la desprofesionalización de la medicina” (1)

7. Legaliza la contratación por prestación de servicios (OPS)

Bajo condiciones engañosas de dignificación laboral, se deja la puerta abierta a los contratos basura. El presupuesto del Estado no alcanza para vincular con trabajo decente a todos los trabajadores de la salud que desarrollan una actividad tan importante como el cuidado de los ciudadanos. Además, la carrera administrativa ha tenido poca evolución desde la Constitución de 1991, al punto que en muchas entidades las plantas de personal deberían llamarse provisionales.

La propuesta de continuar con un modelo de mercado, a través de intermediarios privados, llamados EPS ó Gestoras , en este caso es lo mismo, que ha sustituido el imperativo hipocrático, que se fundamentaba en cuatro pilares: el arte, concebido como humanismo; la ciencia, entendida como avance y sistematización del conocimiento; la tecnología, vista como herramienta de apoyo; y el profesionalismo, definido por la autonomía intelectual y la capacidad de autorregulación dentro de un marco ético de deontología social. Este modelo ha sido reemplazado por una lógica económica que somete el acto médico a la infraestructura industrial y al dominio del mercadeo y ha transformado al médico en un técnico calificado, cuyo rol principal es cumplir con los requisitos de una jornada laboral. (2)

La propuesta de reforma estructural al sistema de salud debe centrarse en la construcción de un sistema que garantice el bienestar integral de todos los colombianos, promoviendo la justicia social y el acceso equitativo a servicios de salud de calidad. Sin embargo, cuando las decisiones se toman con base en intereses particulares y económicos, se apartan de la visión de un sistema de salud orientado a la vida, la salud y el bienestar de la población

1. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/naturaleza-juridica-derecho-salud-colombia.pdf>

2. Patiño Restrepo JF. La desprofesionalización de la medicina en Colombia (editorial). Acta Médica Colombiana 2001; 26:43-9.

Ana María Soleibe Mejía, Presidenta Federación Médica Colombiana

Foto tomada de: [Ámbito Jurídico](#)