

Colombia, mayo 3 de 2021

Carta abierta al Congreso de la República

Nueva solicitud de Archivo del Proyecto de Ley 10 de 2020 Senado- 425 de 2020 Cámara “Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud”.

Las organizaciones abajo firmantes, luego de conocer la **“Proposición Sustitutiva votada por la Comisión Accidental”**, expresamos nuevamente nuestro desacuerdo y solicitud de archivo del Proyecto de Ley 10 de 2020 Senado- 425 de 2020 Cámara “Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud” que cursa en el Congreso de la República, fue radicado con mensaje de urgencia por el gobierno nacional en la pasada legislatura, y el cual ha surtido drásticas modificaciones desde su última versión de diciembre de 2020. Así mismo solicitamos de manera respetuosa que se cite a una sesión informal de las Comisiones conjuntas para que se escuchen nuestros argumentos a favor del archivo del proyecto.

Hemos señalado en la solicitud previa, con base en la ponencia presentada para primer debate, que el Proyecto de Ley no constituye una reforma estructural al sistema de salud, no resuelve los problemas develados por la pandemia del SARS-CoV-2, que produce la enfermedad denominada COVID-19, ni tampoco la precarización laboral de los trabajadores y trabajadoras de la salud.

Afirmamos igualmente que el proyecto de ley 010 de senado y 425 de Cámara de Representantes no desarrolla la ley estatutaria, por el contrario, la contraviene, con lo que se pone en riesgo principios fundamentales como la destinación específica de los recursos de la salud que son públicos, la autonomía universitaria, profesional; y es regresiva respecto a los logros de la seguridad social en Colombia respecto a la cobertura de servicios de salud.

En nuestra apreciación, se intenta acabar la igualdad al derecho fundamental a la salud al desconocer a la Corte Constitucional y a la ley Estatutaria, acabar con la seguridad social en salud y la seguridad financiera de las familias colombianas frente a la enfermedad, ampliar mediante esta ley las brechas del panorama tributario y, de contera, dejar minusválida la democracia, al abandonar el Poder Legislativo sus obligaciones y entregar las decisiones sobre el financiamiento y la garantía del derecho

fundamental a la salud de los ciudadanos, al libre arbitrio del Ejecutivo y de los intereses privados.

¿Cómo afecta la prestación de servicios de salud a los ciudadanos?

Manifestamos con especial preocupación y alarma que el artículo 30 de la ponencia propusiera conceder facultades extraordinarias al MSPS, para determinar los mecanismos de financiamiento de innumerables servicios y tecnologías de salud que no quedarán financiados por la UPC, lo que significaría romper la esencia del financiamiento del Sistema, que en principio señalaba una UPC capaz de cubrir el costo completo del POS y, al mismo tiempo dejaría abierto un abismo financiero para garantizar estos servicios a la población.

Artículo 30. Financiación del Plan de Beneficios. *El MSPS, en un plazo de dieciocho meses (18) contados a partir de la vigencia de la presente ley, definirá los servicios y tecnologías en salud que, por su alto volumen de prescripción, seguridad y bajo costo se deberán financiar con cargo a la UPC y determinará la forma de financiación de las tecnologías de alto costo y baja frecuencia de uso que no queden financiadas por la UPC.*

Dejamos constancia de que, si el Congreso llegase a dejar un vacío tan enorme en la financiación de un derecho fundamental, incumpliría flagrantemente su deber constitucional y estaría abriendo las puertas para una extensión de la reforma tributaria por esta vía, para hacer pagar a la población innumerables servicios, procedimientos, medicamentos y tecnologías que no califiquen como de alta prescripción y bajo costo, como ya se intentó en la emergencia social, con el apoyo de las EPS.

La perspectiva de separar el POS en dos partes, uno básico, financiado con la UPC y otro a cargo de “no se sabe quién” pondría en riesgo o destruiría el mecanismo fundamental de la seguridad social, un financiamiento único que garantiza la protección financiera de las familias colombianas ante la enfermedad, incluso las de alto costo, y el bajo porcentaje de gasto de bolsillo de los ciudadanos, precisamente las características del sistema de las que más presume el país en los escenarios internacionales, que han sido logradas en los últimos 20 años, gracias a la lucha de nuestras organizaciones, con el apoyo de la Corte Constitucional y finalmente del Congreso mediante la expedición de la Ley Estatutaria.

La **“Proposición Sustitutiva votada por la Comisión Accidental”**, pareciera haber escuchado nuestra “alarma” al proponer la nueva redacción del Artículo 30, preservando un Plan de Beneficios único:

Artículo 30 (NUEVO). Unificación del Plan de Beneficios de Salud. *A partir del 1o de enero de 2022, todas las prestaciones asistenciales en salud requeridas para la población colombiana afiliada al SGSSS estarán integradas y contenidas en un único Plan de Beneficios –PB.*

Sin embargo, a continuación, introduce otro artículo nuevo, el 31, que retorna el propósito de destruir el sistema de financiamiento único que garantiza la protección financiera de las familias colombianas.

Artículo 31. Financiación del Plan de Beneficios. *El MSPS, de manera conjunta con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, determinará la forma de financiación de los servicios y tecnologías en salud, de acuerdo con criterios técnicos, que consideren factores poblacionales de condiciones de salud y financieros, entre otros.*

De modo que, aunque en esta última versión no se señala expresamente el otorgamiento de facultades extraordinarias al Ministerio de Salud, el Congreso nuevamente pretende dejar un vacío enorme en la financiación de un derecho fundamental, para dejar abierta la puerta -mediante este artículo-, a una extensión de una posible reforma tributaria, para hacer pagar a la clase trabajadora innumerables servicios, lo que en adelante decidirá el Ministerio de Salud y Protección Social “conjuntamente” con el Ministerio de Hacienda.

Sabemos de antemano y, por experiencia, que en asuntos financieros siempre ha decidido y decide el Ministerio de Hacienda en el sector salud, como también conocemos, por el fatídico y retirado proyecto de reforma tributaria, las pretensiones de dicho Ministerio sobre la clase trabajadora del país. Por esta vía, el seguro de salud de los colombianos dejará de ser seguro.

Insistimos que, si el Congreso entrega las competencias sobre el financiamiento del derecho fundamental, es decir, la obligación de legislar sobre el recaudo, la asignación y la distribución de los recursos para la salud de todos los colombianos, incumplirá flagrantemente su deber constitucional. En las democracias desarrolladas del mundo, los legislativos aprueban en los “presupuestos anuales” los recursos de la seguridad social y la salud en grandes rubros, así como cualquier ajuste en las coberturas de la salud, dado que tales decisiones son las más importantes para la vida de los ciudadanos y el ordenamiento social. Dejar estas decisiones en manos de un gobierno, cualquiera que sea, y su tecnocracia, rompe los principios democráticos y nos acerca a una dictadura.

El retirar la palabra “obligatorio” del Plan de Beneficios, revela la intención de que ya no exista un Plan Obligatorio de Salud igual para todos los colombianos, propósito de la Constitución de 1991 y mandato de la Ley Estatutaria. Revela que se insiste en separar un Plan Obligatorio reducido, financiado por la UPC, para abrir la puerta aún más a los negocios de las EPS y prepagadas, que venderán los Planes Voluntarios ante la deficiencia del Plan de Beneficios cubierto por la UPC.

Artículo 40 (NUEVO). Adiciónense los siguientes párrafos al artículo 38 de la Ley 1438 de 2011:

Artículo 38. Aprobación de planes voluntarios de salud. La aprobación de los Planes Voluntarios de Salud y de las tarifas, en relación con las Entidades

Promotoras de Salud y las entidades de medicina prepagada, estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual registrará los planes, en un plazo no superior a treinta (30) días calendario y realizará verificación posterior. El depósito de los planes se surtirá ante la Superintendencia Nacional de Salud.

El mensaje que reciben a diario los colombianos es que, acceder a los servicios, supuestamente garantizados por la Ley y la Constitución, seguirá siendo un viacrucis, a no ser que tengan dinero para pagar un plan complementario o una póliza prepagada. La realidad es que el Sistema de Salud que se refuerza con este proyecto diferenciará y segmentará aún más a la población colombiana, al dar por finalizado un plan de salud y una UPC igual para todos los ciudadanos y separándolos en tres clases de clientes: los de primera categoría, con plan voluntario; los de segunda, afiliados al régimen contributivo y solo cubiertos con un Plan Reducido, y los de tercera, afiliados al Régimen Subsidiado.

De modo que la **“Proposición Sustitutiva votada por la Comisión Accidental”** pretende incrementar aún más las diferencias entre ciudadanos del país, al reforzar la inequidad en uno de los países más inequitativos del mundo. No se olviden los honorables congresistas que los colombianos han enviado esta semana un poderoso mensaje a la clase dirigente del país, en el sentido de que no aceptamos más esta sociedad tan desigual. Si el Congreso aprueba los citados artículos del Proyecto de Ley para consolidar las desigualdades en el único derecho en que Colombia había alcanzado una formulación de igualdad, dicha aprobación, señalamos por adelantado, se constituirá en un desafío abierto al pueblo y sus peticiones de justicia social.

Por otra parte, encontramos sumamente preocupantes todos los artículos que se refieren a la formación de talento humano en salud para suplir la demanda de especialistas en Medicina Familiar. Si bien el modelo de Atención Primaria en Salud requiere que la puerta de entrada al sistema cuente con suficientes médicos capacitados en este modelo de atención, no podemos suplir esta falencia actual por medio de la “titulación express” de especialistas. A esto se suma lo que para nosotros es un punto indiscutible de inflexión y es la reiterada mención de “médicos con enfoque familiar” los cuales podrían reemplazar a los médicos especialistas en Medicina Familiar, lo que supone un completo desconocimiento de la complejidad para la calidad en la formación de una especialidad con más de 30 años de aportes en Colombia.

Artículo 65. Oferta de programas de especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina. Las Instituciones de Educación Superior –IES que ofrezcan especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia- servicio en el marco del Sistema Nacional de Residentes, recibirán de este, incentivos para el establecimiento de compromisos en mayor oferta de cupos para nuevos estudiantes y para la formación de especialistas de acuerdo con las necesidades que arroje el análisis de disponibilidad del Talento Humano en Salud en el territorio nacional.

Parágrafo 1. **El cumplimiento en los compromisos de formación de especialistas será criterio de valoración para la prórroga del registro calificado y la acreditación de calidad de las respectivas especialidades.**

Parágrafo 2. **El Gobierno nacional diseñará los incentivos y compromisos para las Instituciones de Educación Superior y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio.**

Artículo 66 (NUEVO). Programa Nacional para el Ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina. Para garantizar el acceso a especialidades médicas en condiciones de competencia y equidad, los Ministerios de Salud y Protección y de Educación Nacional, con apoyo de las demás instituciones concurrentes en dicha instancia, diseñarán el Programa Nacional para el Ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas y terapéuticas en medicina, al interior del Sistema Nacional de Residencias Médicas y definirán los mecanismos para la selección de aspirantes en todo el territorio nacional, los puntajes y rangos para determinar derechos de preeminencia en la aplicación a especialidades médicas por parte de los aspirantes. Para el ingreso a este programa será requisito la presentación de un Examen Único Nacional de Ingreso, el cual se hará anualmente y será reglamentado por el Ministerio de Educación y el ICES. **Esta exigencia no aplicará al programa de medicina familiar.**

Artículo 67 (NUEVO). **Programa de Formación Continua en Competencias en Medicina General.** A partir de la entrada en vigencia de la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará y ejecutará un **Programa Nacional Formación y Actualización de competencias de medicina general con enfoque familiar y comunitario**, dirigido a los médicos generales que presten sus servicios en prestadores primarios en todo el territorio nacional.

Este programa será ejecutado a través de las EPS y las IPS y tendrá como objetivo la actualización de competencias y prácticas ejercidas por parte de los médicos generales, en el marco de la autonomía y autorregulación médica.

Parágrafo. Además de los puntos adicionales en el Examen Único Nacional para el ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará los mecanismos e incentivos para aquellos médicos que accedan periódicamente a dicho programa.

Artículo 69. **Incentivos a la formación y practica de las especializaciones en Salud Familiar y Comunitaria y Medicina Familiar.** Para garantizar la formación de médicos especialistas en medicina familiar, los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional y las facultades que tengan programas aprobados de medicina familiar diseñarán concertadamente un currículo único para la formación de médicos familiares a nivel nacional.

Para tal fin, se deberá destinar recursos de regalías para financiar a profesionales del área de la salud con los cuales se podrán establecer acuerdos de contraprestación. El Gobierno Nacional podrá destinar recursos del presupuesto general de la nación para concurrir en la formación de estos perfiles.

Parágrafo 1. Los lineamientos de la contraprestación de que trata el presente artículo serán definidos en conjunto con el MSPS y la entidad territorial. Los cuales deberán garantizar que los recursos asignados sean para habitantes del Departamento, Distrito o Municipio que otorga la financiación y el compromiso por parte del beneficiario de su permanencia en el territorio por mínimo cuatros (4) años contados a partir de la culminación con éxitos de sus estudios de especialización.

Parágrafo 2. Para acceder a este incentivo, el profesional de la salud deberá acreditar ser nacido o residente en el respectivo departamento durante 2 años consecutivos con anterioridad a la solicitud del beneficio.

Parágrafo 3. Para incentivar la formación de médicos familiares, **los estudiantes de programas de medicina que quieran cursar el programa especializado de médico familiar podrán acceder al mismo, durante su último año de formación, previamente a la obtención del título.** En este caso, el año de internado podría ser utilizado como primer año de formación en medicina familiar y el año de servicio social obligatorio podrá ser homologado con su segundo año de formación en medicina familiar.

Parágrafo 4. Los médicos generales, vinculados a los prestadores primarios, podrán adelantar o acceder a **programas de especialización de medicina familiar y comunitaria, en programas mixtos, presenciales, semi presenciales.** Para dar cumplimiento a estos lineamientos las universidades deberán crear programas en este sentido.

En este punto además mencionamos que esta reforma a la salud incluye varios asuntos de temas de educación, lo que dificulta –según nuestro punto de vista- la cohesión y coherencia sobre la unidad de materia de esta reforma a la salud. Vemos con mucha preocupación que el Ministerio de Salud considere que puede regular la emisión de registros calificados **según el mercado laboral** y no de la misión y visión de las Instituciones de Educación Superior. Asimismo, porque abre la puerta a las ya deficientes EPS para que reciban otro incentivo y puedan “formar especialistas” en medicina comunitaria, en cursos inclusive semipresenciales, lo cual pone en cuestión la calidad y celeridad con la que desean formar “especialistas”. Adicionalmente, recordamos que las competencias de/en medicina general se adquieren durante los pregrados por lo que la potestad de formar en medicina general lo entendemos como otra estrategia para buscar caminos alternos a la Medicina Familiar.

Estos puntos críticos de educación deben pasar por reglamentaciones aparte que se sumen a los avances logrados en otros articulados como puede ser la creación del Sistema Nacional de Residencias Médicas para poder organizar no solo las necesarias discusiones frente a los mecanismos de ingreso más equitativos y democráticos a los programas de especialización médico quirúrgicas, sino que además tengan una visión global y reconciliadora sobre todos los agentes del sistema de educación. No es posible que a esta altura se sigan dando incentivos a las universidades (que por supuesto necesitan financiamiento nacional) pero no se haya considerado la regulación de los costos de matrícula de posgrado, lo que afecta severamente el bienestar de los futuros médicos en formación.

Por último, debemos señalar que esta versión de la Comisión Accidental no tiene ya ningún parecido con el Proyecto de Ley presentado por el Gobierno el año anterior y, por tanto, debe ser objeto de nueva discusión pública. Además, la solicitud de trámite urgente para legislar estructuralmente, sobre un asunto que afecta tan gravemente a los ciudadanos, simplemente devela el interés afanoso y errático, es decir, un comportamiento poco democrático.

Además, el Proyecto, en su última versión, constituye ya una suma de improvisaciones, que solo se articula en la defensa del negocio privado y en el manejo centralizado y antidemocrático de las contingencias de salud pública. Tiene artículos tan traídos de los cabellos como el 74, recién introducido, que pretende impedir que los médicos generales de hospitales locales de pequeños municipios o territorios nacionales practiquen procedimientos quirúrgicos ante el trauma, atiendan cesáreas de urgencia, atiendan un niño enfermo o incluso que formulen gotas para los ojos o un antidepresivo, todos “servicios relacionados con especialidades médicas”.

Artículo 74 (NUEVO). Modifíquese el artículo 22 de la Ley 1164 de 2007, del modo que quede así:

Artículo 22. Del Ejercicio Ilegal De Las Profesiones Y Ocupaciones Del Área De La Salud.

Ninguna persona podrá realizar actividades de atención en salud o ejercer competencias para las cuales no está autorizada sin los requisitos establecidos en la presente ley. Parágrafo. En razón de lo establecido en el presente artículo, en el territorio nacional no podrán prestarse servicios relacionados con especialidades médicas sin que se cuente con la formación debidamente certificada por la autoridad competente.

¿Cómo impacta este nuevo articulado el mundo laboral del sector salud?

Frente a las supuestas mejoras en el reconocimiento de derechos laborales a los trabajadores de salud es un engaño, no resuelve el tema de la tercerización y precarización laboral en el sector privado de la salud en dónde se concentra el 80% del empleo en salud.

Legitima el uso de los contratos de prestación de servicios para el personal de salud, como es el caso del artículo 73 y sus parágrafos.

Deja como opcional el uso de unos u otros tipos de contratación: la laboral y la comercial representada en los contratos de prestación de servicios, que afecta en gran medida a aquellas profesiones distintas a la medicina, tales como enfermería, auxiliares de enfermería, profesionales de laboratorio, nutricionistas, profesionales de las diferentes terapias (respiratoria, fisioterapia, etc.) y así mismo en el personal que realiza actividades administrativas, de mantenimiento, aseo entre otras.

Los contratos de prestación de servicios han sido utilizados y seguirían siendo utilizados para evadir el reconocimiento de derechos laborales, no solo por la ausencia de prestaciones y reconocimientos laborales sino por la intermitencia con que se realizan. Adicionalmente surge una afectación directa a los trabajadores porque la cotización al sistema general de seguridad social se realiza con base en el 40% del ingreso, lo cual a largo plazo significa afectación de las pensiones, debido al monto cotizado, lo cual no se compadece con la naturaleza del trabajo

realizado por varios años. Es de aclarar que la cotización es inferior no porque sea un beneficio, sino todo lo contrario, un contrato de prestación de servicios no garantiza la estabilidad laboral.

No se da respuesta a la problemática de falta de reconocimiento de estudios de posgrado para algunos profesionales debido a que no existe una clasificación y escala salarial que permita el reconocimiento de especializaciones, maestrías y doctorados a profesiones no médicas en aquellos profesionales vinculados en el sector privado.

Se han adicionado varios nuevos artículos que incluyen reglamentación detallada de los trabajadores del sector público, (los cuales constituyen un porcentaje mínimo), pero de igual manera la estabilidad laboral no está garantizada para todos, puede quedar sujeta a posteriores reglamentaciones, reestructuraciones y generación de alianzas público privadas como es el caso de lo planteado en los artículos 50, 51, 54 y 57.

Suscriben.

Comisión de Seguimiento de la sentencia T-760 Por una Reforma Estructural del Sistema de Salud.

Federación Médica Colombiana

FEDESALUD

Asociación Nacional de Internos y Residentes Regional Antioquia

Asociación Nacional de Internos y Residentes Regional Centro

Asociación Nacional de Internos y Residentes Seccional Valle

Asociación Nacional de Internos y Residentes Seccional Caldas

Sociedad Colombiana de Medicina Familiar -SOCMEF-

Médicos Unidos de Colombia

ASOCIACIÓN COLOMBIANA MÉDICA ESTUDIANTIL (ACOME)

ASMEDAS NACIONAL