

# **Por la equidad en salud.**

**Aportes de la experiencia colombiana para las luchas por Sistemas de Salud y Seguridad Social -SSSS - universales, integrales y equitativos en América Latina.**

**SAÚL FRANCO. MD. PHD.**

---

**INTEGRANTE DE LA COMISIÓN DE LA VERDAD.**

**CURSO INTERNACIONAL.**

**MINISTERIO DE SALUD DE EL SALVADOR Y UNIVERSIDAD INTERNACIONAL PARA LA SALUD DE LOS PUEBLOS.**

**CHALATENANGO, EL SALVADOR, 25 DE NOVIEMBRE DE 2017.**

# Plan de la Presentación

---

1. Los grandes temas en discusión e intereses en confrontación en los SSSS.
2. Lo esencial del SSSS implementado en Colombia.
3. Algunos saldos rojos de la experiencia colombiana en salud y seguridad social.
4. Elementos básicos para lograr SSSS universales, integrales, equitativos y de predominio público en América Latina.

## **Los grandes temas en discusión e intereses en confrontación en los SSSS.**

- *La salud: ¿derecho humano fundamental o mercancía lucrativa?*
- *Atención integral de la salud para todos o paquetes diferenciados de beneficios en regímenes distintos según capacidad de pago?*
  - *Los recursos de la salud: ¿públicos o privados?*
- *¿Deben introducirse o mantenerse el ánimo de lucro, la separación de la prestación y la financiación de los servicios, la intermediación financiera y la integración vertical?*

# intereses en confrontación en los SSSS.

---

- *¿Cuál debe ser la participación del sector privado en la prestación de los servicios y en la administración de los recursos de la salud?*
- *Debe someterse el derecho a la salud a la sostenibilidad fiscal de los Estados?*
- *El papel de la Tutela – derecho de amparo - en la garantía del derecho a la salud.*
  - *La participación real de la población en el sistema.*

## Los grandes temas en discusión e intereses en confrontación en los SSSS.

---

- Se trata entonces de **la racionalidad política, económica, y ética de los SSSS**. No de fundamentalismos ideológicos
- Es obvio que hay **diferencias de fondo** en la concepción del Estado, la Sociedad y la Salud que es preciso reconocer y debatir.
- Y no sólo diferencias conceptuales: **intereses y poderes muy fuertes y diversos** de los distintos actores del sector que es preciso dirimir de manera civilizada y democrática.

# Lo esencial del SSSS implementado en Colombia.

---

- El punto de partida del actual SSSS colombiano es *la Constitución de 1991*. Dicha Constitución surgió en la encrucijada entre el auge neoliberal y un acuerdo de paz con uno de los movimientos guerrilleros del país (el M-19).
- La Constitución *sólo reconoció la salud como derecho humano fundamental para los niños* (artículo 44). Para el resto de la población no habló de derecho sino de *servicio público*. “La Seguridad Social es *un servicio público* de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado.... La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley” (art.48).

# Lo esencial del SSSS implementado en Colombia.

## La Ley 100 de 1993

---

- ❑ Su interés central eran *las pensiones*. Más de la mitad del articulado se dedica a ellas.
- ❑ *Reduce* el sistema de salud a la atención de las enfermedades
- ❑ Conceptual y económicamente se basa en el *Aseguramiento individual*.
- ❑ Somete la prestación de los servicios de salud a los intereses y leyes del *mercado*.
- ❑ Establece *paquetes* limitados de servicios, diferenciados en función de la capacidad de pago

# Lo esencial del SSSS implementado en Colombia.

---

## Ley 100 de 1993

- ❑ **Separa** la prestación de los servicios, la administración y el manejo financiero del Sistema.
- ❑ Introduce la **Intermediación financiera**. Se crean las *Empresas Promotoras de Salud -EPS-*.
- ❑ Convierte el **Estado en actor del mercado** y reduce sus funciones de dirección, regulación y control.
- ❑ Reduce la **participación social** a aspectos formales e instrumentales.

# Lo esencial del SSSS implementado en Colombia.

---

## *Los intentos de reforma y ajuste:*

- ❑ **Ley 1122 de 2007:** para agilizar el flujo financiero y tratar de dar alguna presencia a la salud pública.
- ❑ **Sentencia T-780 de 2008**, de la Corte Constitucional -CC-: para precisar el derecho a la salud, responder a las tutelas y exigir del Estado su responsabilidad en salud
- ❑ **Emergencia social en salud: 2009-2010.** El máximo intento de radicalización y consolidación del modelo, creando un “Sistema técnico-científico en salud”. Pudo contenerse por las mayores **movilizaciones sociales** por la salud en la historia del país y por el papel de la CC.
- ❑ **Ley 1438, 2011:** nuevo ajuste formal y sintomático.
- ❑ **Ley Estatutaria 1751 de 2015 y Sentencia C-313 de 2014 de la CC .**

# Lo esencial del SSSS implementado en Colombia.

---

## Ley Estatutaria en Salud (1751 de 2015) y Sentencia C-313 de 2014.

- Fueron el producto de *intensos debates y masivas movilizaciones populares* en contra del modelo vigente, en defensa del derecho y por cambios de fondo.
- Su **objetivo** es delimitar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer los mecanismos para su protección.
- Definen las **obligaciones del Estado** para respetarlo, protegerlo y garantizarlo; los **elementos** que constituyen el derecho, y los principios en los cuales se fundamenta.
- Señalan los **derechos y deberes** de las personas en relación con la prestación de los servicios de salud.

# Lo esencial del SSSS implementado en Colombia.

---

**Ley Estatutaria en Salud (1751 de 2015) y Sentencia C-313 de 2014.**

## **Defienden:**

- la tutela (arts.14-15),
- la participación en el sistema de salud (art. 12),
- las redes integrales de servicios de salud (art.13),
- la obligatoriedad de la atención de urgencias (art.14).
- la autonomía de los profesionales de la salud (art.17),
- el trabajo digno en el sector (art.18) y
- la regulación gubernamental del precio de los medicamentos (art.23).

# Lo esencial del SSSS implementado en Colombia.

---

## La Ley Estatutaria en Salud: un paso firme pero insuficiente

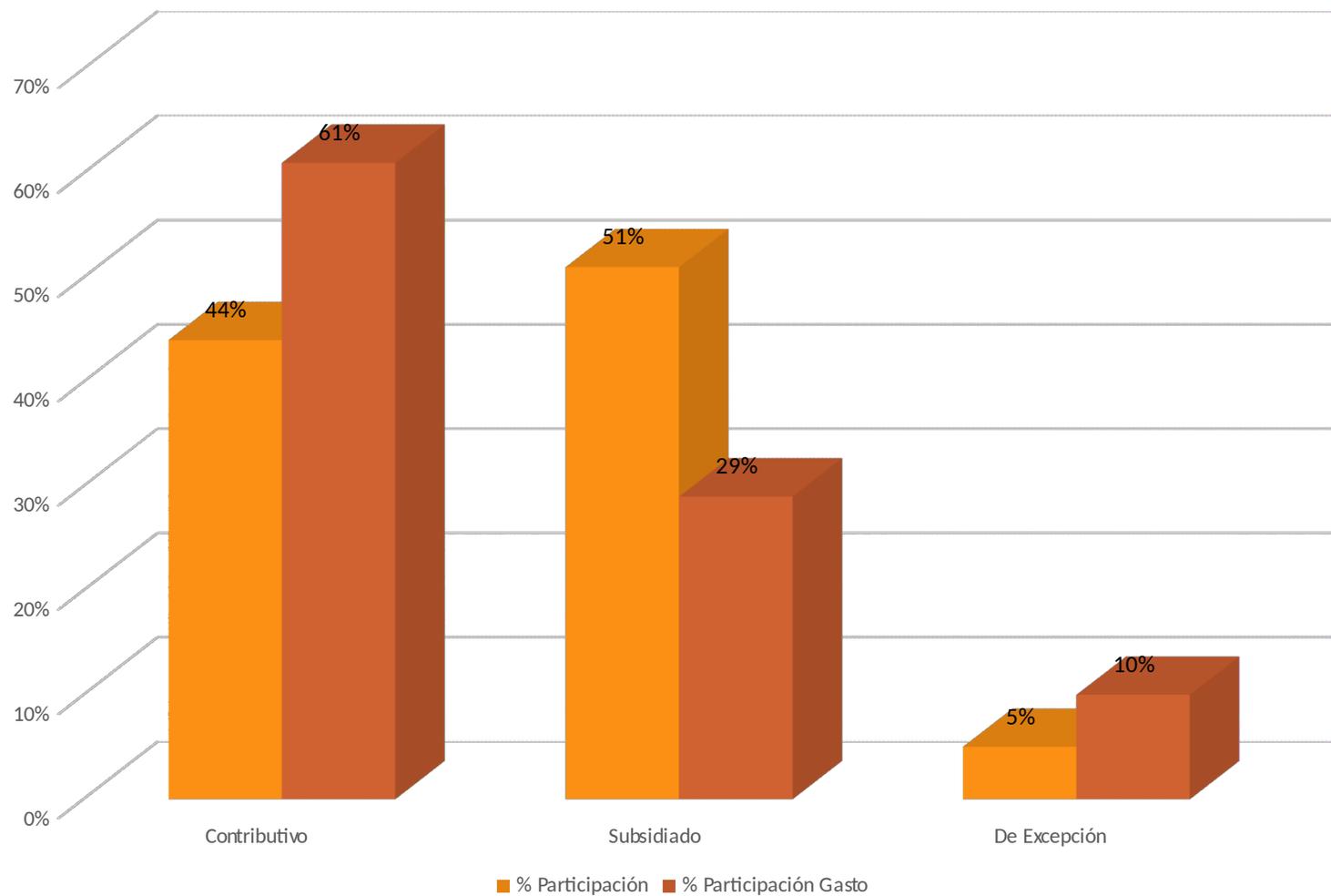
- No rompe el carácter mercantil del modelo al persistir el aseguramiento individual y el esquema de compra-venta de servicios.
- Se mantienen la intermediación financiera y las EPS.
- Se mantiene, aunque vigilada, la sostenibilidad fiscal (artículo 6, literal i)
- En las exclusiones, artículo 15, queda abierta la puerta para impedir las medicinas alternativas y otras prácticas con diferentes raíces y contextos culturales.

# Algunos saldos rojos de la experiencia colombiana en salud y seguridad social.

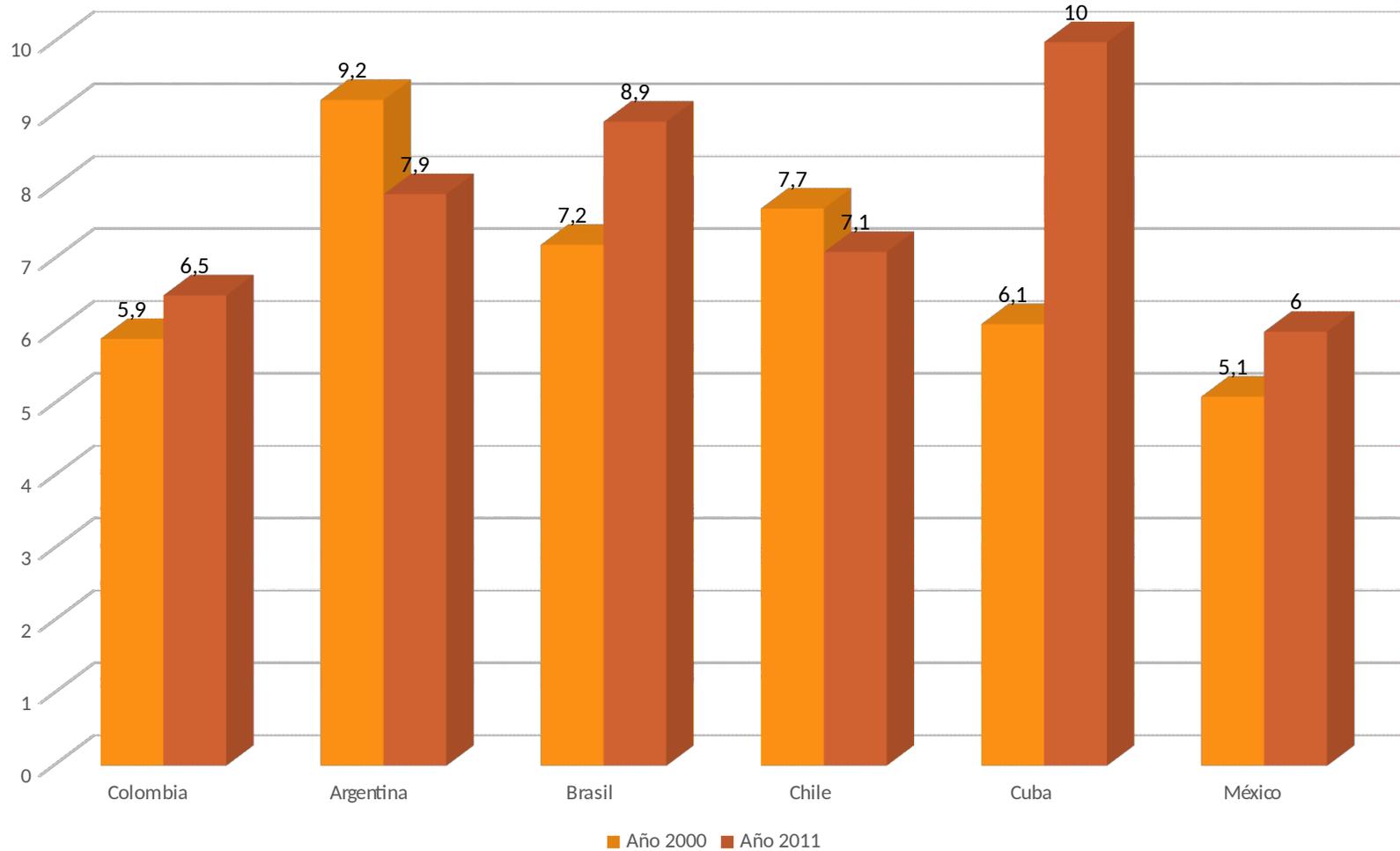
---

- **Las inequidades**, derivadas del esquema financiero y de las diferencias en los regímenes de aseguramiento, se han incrementado.
- **El gasto per capita** del régimen de excepción es casi el doble del gasto del régimen contributivo y tres veces el gasto del régimen subsidiado.
- **Aumento de las Tutelas (amparos):** en el 2014 se registraron un total de **118.281**. En el 2016: **163.000** Es decir, **un reclamo judicial por salud cada 3.5 minutos**, la mayoría por servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.
- **La deuda de las EPS y el gobierno** (local, regional y nacional) con las Instituciones que prestan los servicios de salud –IPS- llegó a finales del año pasado a **4 billones de dólares**.

## Participación de Asegurados vs. Gasto en los distintos Regímenes del Sistema de Salud. Colombia 2010.



## Gasto Total en Salud como % del PIB



# Algunos saldos rojos de la experiencia colombiana en salud y seguridad social.

---

- Surgimiento e incremento exponencial de *barreras de acceso*: económicas, geográficas y administrativas. Paseo de la muerte, muertes en filas de espera de atención médica.
- *Quiebra de la red pública hospitalaria*. Cierre de servicios menos rentables, aunque socialmente necesarios, como las urgencias pediátricas y las camas de hospitalización en pediatría.
- Abandono y/o *desvalorización de la salud pública* y sus diferentes campos de acción: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, gestión de lo público, investigación epidemiológica y social.

# Algunos saldos rojos de la experiencia colombiana en salud y seguridad social.

---

- **Privatización** de los recursos del sector, de la información, de la prestación de los servicios y, parcialmente, de la formación del personal del sector.
- **Incremento de los aportes individuales** y del “gasto de bolsillo en salud”.
- **Corrupción creciente y desvío de recursos** del aseguramiento en salud hacia otros campos y finalidades.
- **Excesivas limitaciones a la autonomía** de los profesionales de la salud y consiguiente deterioro de las condiciones de atención médica, de trabajo en salud y de las relaciones médico-paciente.
- Progresiva **deslegitimación del Estado**.

# **Elementos básicos para lograr SSSS universales, integrales, equitativos y de predominio público en América Latina.**

---

## ***El gran reto:***

***Promover una iniciativa común latinoamericana*** orientada a la construcción de sociedades saludables y en paz, basada en una visión amplia de la vida, el buen vivir y la salud; en el reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental, y en la defensa de sistemas de salud y seguridad social universales, equitativos, integrales y de predominio público.

# Elementos básicos para lograr SSSS universales, integrales, equitativos y de predominio público en América Latina.

---

## *Prerrequisitos:*

- *Contrarrestar la ofensiva privatizadora* conjuntamente, en todos los escenarios, con argumentos sólidos y propuestas alternativas.
- *Defender los postulados de las nuevas constituciones latinoamericanas* (en especial las de Brasil, Ecuador, Venezuela y Bolivia) y de algunas propuestas nacionales, *e implementar*, mejorar o consolidar los sistemas de salud propuestos en ellas.
- *Conformar y mantener instancias organizativas nacionales* de articulación, discusión y movilización por el derecho a la salud y por sistemas que lo garanticen efectivamente. El ejemplo salvadoreño del FORO NACIONAL DE SALUD.

# universales, integrales, equitativos y de predominio público en América Latina.

---

Algunas **líneas rojas** al momento de las negociaciones y de las legislaciones en los distintos países.

- **No** a la mercantilización y a la medicalización de la salud.
- **No** a la reducción de la salud al negocio de la atención de las enfermedades
- **No** a la privatización de los SSSS y a desconocer las responsabilidades estatales esenciales.
- **No** a la intermediación financiera en salud y seguridad social.

# Reflexión final

---

***No existe un modelo ideal de seguridad social en salud.  
Hay que reconocer y respetar las diferencias nacionales.***

Pero existen en algunos países del mundo - de orientaciones políticas muy diversas - experiencias valiosas, distintas al modelo implementado en Colombia, que deben tenerse en cuenta al momento de tratar de construir sociedades saludables y en paz y SSSS universales, integrales, equitativos y de predominio público.

