



Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología

www.elsevier.es/rccot



EDITORIAL

Ley estatutaria de la salud colombiana

Colombian Statutory Health Act

Juan Manuel Herrera Arbeláez

Ortopedista y Traumatólogo, Director Editor, REVISTA COLOMBIANA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

En recientes días fuimos testigos de los ires y venires en el Congreso de la República de Colombia de la ley estatutaria en salud, cuyo objetivo es enmarcar el derecho a la salud como un derecho fundamental. Aún faltan dos pasos jurídicos para que lo aprobado en el Congreso entre en plena vigencia en un nivel jurídico superior a lo que antes conocíamos como la Ley 100: la verificación en la Corte Constitucional, dado el carácter estatutario de esta nueva ley y la sanción presidencial, al igual que un camino largo por recorrer en la regulación del sistema de salud a través de una ley ordinaria que dejará seguramente sin vigencia la Ley 100 de 1993.

La discusión acerca de lo aprobado es que no cambian muchas cosas que los médicos quisiéramos que cambiaran, yo creo que sí. En primer lugar, el carácter de estatutario coloca la nueva ley por encima de una ley ordinaria; esta debe ser concordante con la ley estatutaria que regula el derecho fundamental definido estatutariamente, de acuerdo con los artículos 152 y 153 de la Constitución Política de la República de Colombia. Las leyes estatutarias, en concordancia con el artículo 150 de la Constitución Colombiana, no pueden ser modificadas en uso de facultades extraordinarias legislativas o ejecutivas y, por lo tanto, su desarrollo jurídico en el tiempo es de mayor solidez que la que puede tener una ley ordinaria. Filosóficamente, es indispensable su existencia, pero en la práctica, el desempeño de los actores en el sistema de salud no se verá modificado hasta que no se haya regulado de manera ordinaria el funcionamiento del sistema de salud en Colombia.

La ley estatutaria en salud comprende 23 artículos que regulan el derecho fundamental a la salud, incluidos en cuatro capítulos:

- Capítulo I: objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes (artículos 1-12).
- Capítulo II: garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud (artículos 12-16).
- Capítulo III: profesionales y trabajadores de la salud (artículos 17-18).
- Capítulo IV: otras disposiciones (artículos 19-23).

Mucho más allá de tratar de ser crítico con respecto al conjunto de normas aprobadas, he aprovechado este espacio editorial para resaltar los aspectos que tienen mayor relevancia respecto a esta ley.

Aspectos relevantes del capítulo I

En el artículo 2, quedó consignado que el derecho a la salud es un derecho autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, en concordancia con el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, de modo que es un servicio público esencial y obligatorio que se ejecuta bajo indelegables dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. Según este precepto, es muy importante que los médicos adquiramos responsabilidad social de manera individual y busquemos una participa-

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmherreraarbelaez@gmail.com (J.M. Herrera Arbeláez).

ción proactiva mas no aislada en el desarrollo del sistema de salud.

En el artículo 5, sobre las obligaciones del Estado, tal vez lo más relevante sea el numeral j, en el cual se establece que el Estado está en la obligación de intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos con el fin de optimizar su utilización en salud. Las demás son obligaciones que son bastante obvias, como abstenerse de afectar el derecho fundamental a la salud, promover políticas públicas en salud y en la prevención de la enfermedad, etcétera.

En el artículo 6, donde se definen los elementos y principios del derecho fundamental a la salud, hay que resaltar el numeral d, sobre calidad e idoneidad profesional, que irremediablemente conllevará la legalización y la regulación de los procesos de certificación y recertificación profesional, de manera obligatoria en un futuro muy cercano. Igualmente hay que resaltar el numeral h, sobre la libre escogencia, en el cual se define que las personas son libres de elegir sus "entidades de salud" dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación; mucha atención habrá que poner en el desarrollo de la ley ordinaria sobre qué se define como entidad, pues si los centros de atención son denominados instituciones, podrían no ser sujetos de libre escogencia.

En el artículo 10, donde se definen los derechos y deberes de las personas relacionados con la prestación del servicio de salud, es importante tener en cuenta que el numeral p, que genera el derecho a que no se trasladen las cargas administrativas y burocráticas que a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio corresponde asumir; lo cual plantea, en el lado de los intervinientes, definir muy bien la estructura del costo de realizar procesos de autorizaciones, programaciones, etc., teniendo en cuenta la proximidad del desarrollo de un nuevo código único de procedimientos en salud (CUPS).

Aspectos relevantes del capítulo II

El artículo 14 prohíbe la negación de la prestación de los servicios y limita dicha prohibición a los casos en que se trate de atención inicial de urgencias y las circunstancias que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, y nuevamente no establece ningún mecanismo para el pago de la atención, ni siquiera especial. Persistirá, por lo tanto, una discusión de veinte años; es urgente atender, pero no es urgente pagar.

En el artículo 15, sobre las prestaciones en salud, cuando se aborda el tema de los servicios y las tecnologías que se excluyen del sistema, se especifica que, para realizar la exclusión, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y los pacientes que potencialmente estarían afectados por la decisión de exclusión. Habrá que definir qué es un experto independiente, cuyo peso en las exclusiones de nuevas tecnologías es tan elevado como el de una asociación profesional de la especialidad.

Aspectos relevantes del capítulo III

El artículo 17, de autonomía profesional, garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes a su cuidado. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.

Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente.

La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias.

Parágrafo. Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas o dádivas a profesionales y trabajadores de la salud en el marco de su ejercicio laboral, sean estas en dinero o en especie por parte de proveedores: empresas farmacéuticas, productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos o de insumos, dispositivos y/o equipos médicos o similares.

El artículo 18, del respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud, regula que los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales.

Aspectos relevantes del capítulo IV

El artículo 21, acerca de la divulgación de información sobre progresos científicos, establece que el Estado deberá promover la divulgación sobre los principales avances en tecnologías costo-efectivas en el campo de la salud, así como el mejoramiento en las prácticas clínicas y las rutas clínicas. Habrá que ser muy crítico en el mecanismo que se adopte. Hoy día, el Estado colombiano, a través de su índice *Publindex*, no reconoce como publicaciones indizadas más que a *Revista Argentina de Ortopedia y Traumatología* y *REVISTA COLOMBIANA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA*. *Arthroscopy*, por ejemplo, no es válida y lo que allí está publicado, tampoco.

Espero que esta introducción a la ley estatutaria convoque a los lectores de la Revista, de manera responsable, a generar espacios de discusión de cara a la minucia diaria que será reglamentada en la ley ordinaria. Históricamente, nos corresponde ahora no quejarnos de lo ocurrido hace veinte años con la Ley 100, sino ser proactivos en discusiones sobre nuestro propio futuro como médicos y pacientes en la siguiente legislatura que inicia el próximo 20 de julio.