Imprimir

El Plan Nacional de Desarrollo PND “Pacto por Colombia, Pacto por la equidad”, tiene dentro de sus objetivos sentar las bases de la legalidad, el emprendimiento y la equidad, en la búsqueda de igualdad de oportunidades para todos los colombianos. En materia de salud se identificaron 17 artículos a lo largo de tres subsecciones que tienen relación directa con el sector, sobre los cuales se realizará este análisis. Debe anotarse que el PND no está enmarcado en la legislación vigente que regenta la salud en Colombia dada por la ley estatutaria 1751 de 2015 que declara la salud como derecho fundamental, y por tanto tampoco reconoce el bloque de constitucionalidad consagrado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales de Naciones Unidas, esto supone que su desarrollo no es coherente con la “legalidad” que se enuncia en sus ejes rectores. Se mantiene en el marco de la ley 100 de 1993 y retrocede con respecto a los avances jurisprudenciales establecidos en Colombia en la sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional y la Sentencia C-313 de 2014.

El Plan de Desarrollo tampoco logra ser una hoja de ruta para resolver los principales problemas de la salud, que están dados por el déficit financiero que fluctúa entre los 9 y los 16 billones de pesos, cifras que varían de acuerdo a las perspectivas diferenciales de cada uno de los agentes, dada la inexistencia durante 25 años de un sistema de información claro y trasparente que permita tener las cuentas claras de las deudas y las transacciones. Frente a esto presenta una respuesta parcial, pero no aborda las causas estructurales de la crisis de la salud. No presenta una propuesta de intervención frente a los determinantes sociales de la salud que inciden en intervenir causas de mortalidad evitable, que en Colombia cobró la vida de un millón cuatros cientos mil colombianos entre 1998-2010, conforme mediciones del Instituto Nacional de Salud. Mucho menos logra resolver las inequidades en salud de las denominadas zonas dispersas y rurales que constituyen el equivalente a 23 millones de colombianos, en donde los indicadores de mortalidad infantil y materna son el doble respecto a las poblaciones que no habitan estas zonas. Uno de los casos mas elocuentes es el registrado en el departamento de la Guajira en donde la Corte Constitucional en el marco del seguimiento de la sentencia T-302 de declaratoria del estado de cosa inconstitucional, señaló que habían fallecido en los últimos 8 años, 4770 niños y niñas por desnutrición, lo cual resulta en una barbarie. No obstante, nada de esto resultó relevante para ser intervenido en

el mencionado Plan de Desarrollo.

La propuesta gubernamental tampoco aborda el tema de la cobertura universal, promesa hecha por los mentores de la ley 100 desde hace 25 años, quienes se comprometieron de manera progresiva a garantizar el acceso universal a servicios de salud en condiciones de igualdad a toda la población En el PND no sólo no cumplen con esto, sino que proponen un regresión en esta cobertura para la población de bajos ingresos. Un retorno a la emergencia social en salud del gobierno de Uribe en el 2009, cuyo eje central era trasladar el gasto en salud al bolsillo de los colombianos, supeditando el acceso de servicios de salud a la capacidad de pago.

En este contexto, asistimos a un intento más de otro gobierno de insistir en “remiendos”, medidas inocuas en la política pública de salud, en el camino de continuar en la protección de poderosos intereses en menoscabo de la salud y la vida de los colombianos, en ese contexto, el fallido modelo de intermediación de las EPS pasa de agache en esta propuesta. Se debe insistir, que el modelo de la ley 100 ha cumplido su ciclo, y el país debe abocarse a una reforma estructural que replantee de fondo sus cimientos institucionales y el diseño de la política pública como lo señala la ley estatutaria.

Con esta introducción procederemos a analizar el articulado identificado en el PND, se agruparán los artículos en 5 bloques temáticos:

1. Nuevas fuentes de financiación para la salud
   La Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 desarrollada como unificación de la jurisprudencia ante la masiva instauración de tutelas por la negación de servicios de salud, ordenó al ejecutivo llevar a cabo la unificación progresiva de los planes de beneficio de los regímenes contributivo y subsidiado, y la unificación inmediata para el caso de niños y niñas como sujetos de protección especial. Posteriormente con la sanción de la ley estatutaria, al establecerse la salud como un derecho fundamental, se estableció que esta debería ser de acceso igualitario para toda la población que habite o transite el territorio nacional. Esto supondría la desaparición fáctica de los regímenes que establecen prestaciones de servicios

diferenciales para la población, medida que no se ha adoptado. Se establece que para que la población de menores ingresos acceda en condiciones iguales de dignidad a la salud, el gasto público en salud debe ser solidario entre la población de mayores ingresos respecto a la de menor.

Contrario a esto, el PND en el artículo 113 establece el piso mínimo de protección social, en donde crean un subsistema para que los ciudadanos del régimen subsidiado hagan un aporte parcial al sistema según su capacidad de pago, el Ministro de Salud en entrevista entregada a La República, ha señalado que a partir del 2020 una fracción de hogares deberán hacer una contribución parcial, los cálculos apuntan a que serían 2,5 millones de colombianos con lo que esperan recaudar un billón de pesos anuales, y a esto se adiciona la creación de un seguro BEPS para la vejez. En ese subsistema el articulado anticipa que el plan admite y proyecta continuar con la informalidad laboral y los trabajadores que tengan un ingreso inferior a un salario mínimo podrían acceder a este subsidio parcial. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que las mejores financiaciones de los sistemas de salud deben darse por presupuesto general de la nación, lo que permitiría dar mayor cumplimiento al principio de universalidad y solidaridad redistributiva de los sistemas. En el artículo 138 del PND puntúan que la población subsidiada se debe solidarizar con el sistema contribuyendo al mismo. La solidaridad como principio fundante del Estado derecho pero aplicada al revés, de los que menos tienen al que más tienen. Con esta misma filosofía en una reforma tributaria se le descargó parte de la carga contributiva a los empleadores para la seguridad social, bajo la promesa que generarían más empleo, situación última que hasta ahora no se ha demostrado que haya funcionado.

La propuesta del PND no sólo es regresiva, en tanto supedita el acceso a servicios de salud de la población de bajos ingresos a la capacidad de pago, va mucho más allá de las cuestionadas restricciones de los copagos y las cuotas moderadoras, que se han constituido como barreras monetarias para disuadir a la población a que no utilice los servicios. Es una respuesta de rebusque de recursos del gobierno ante la incapacidad de realizar una reforma tributaria que avanzara en evitar la concentración de la riqueza con estructuras de impuestos progresivos que favorezcan la lucha contra la desigualdad. Lo que se hizo fue beneficiar con

exenciones y descuentos a las personas naturales más ricas.

En esa misma lógica, el PND en el artículo 140 propone aumentar la base de cotización de los trabajadores independientes que no son contratados por OPS, y los que trabajan por cuenta propia. Una medida más en la ruta de aumentar el recaudo a costa de la clase media y los trabajadores independientes. Esta medida va en contravía de los postulados de progresividad, universalidad, solidaridad, riñen con la ley estatutaria y el derecho fundamental a la salud. No deberían ser admitidas por el Congreso de la República por ser medidas de financiación profundamente regresivas e inequitativas.

2. Flujo de Recursos Públicos de la Salud
   El PND establece en el artículo 135 el giro directo por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES a las clínicas y hospitales a nombre de las EPS, quienes como administradoras del sistema continúan definiendo los pagos. No obstante, esto constituye un avance en tanto está en la ruta de eliminar la intermediación financiera, y permitir que se tenga conocimiento cierto, público y trasparente del flujo de recursos públicos de la salud. Esta medida demuestra y ratifica la postura de que sobran las EPS. Esta medida debería acompañarse de la centralización de los recaudos de las cotizaciones en este fondo, esto podría solucionar la problemática causada por la conocida retención de recursos públicos de la salud por parte del sector financiero para obtención de rendimientos que no retornan a la financiación de la salud, en acuerdo con las EPS encargadas del recaudo.

   En el artículo 137 se establecen unos incentivos a la calidad y a los resultados en salud, lo cual resulta inaceptable, en tanto se entregarán recursos monetarios a agentes del sistema por hacer lo que deben hacer. Este tipo de incentivos han derivado en la trampa y la corrupción para hacerse a los recursos. Además se debe recordar que la ley 1438 de 2011 estableció que las EPS recibirían el 10% de la UPC para asumir gastos administrativos, cifra que circunda los 4 billones de pesos aproximadamente que se entregan a las EPS para su existencia. Resulta inaceptable además que estos incentivos se propongan a costa de los recursos de prevención y promoción.

3. Acuerdo de Punto Final

   El gobierno ha establecido que llevará a cabo un acuerdo de punto final para saldar las deudas del sector salud. En el PND establece una parte de los criterios y mecanismos para saldar estas deudas. En los artículos 127, 128, 133, 134, se establecen estos mecanismos para las deudas correspondientes a los tratamientos y tecnologías que no están con cargo a la UPC (No Pos). Señala que a partir del 1 de enero de 2020 la Nación asumirá el pago de estos tratamientos que hasta ahora están con cargo a los entes territoriales, los cuales se pagaran con recursos de las rentas cedidas, ingresos corrientes de libre destinación, excedentes del SGP entre otros. La nación concurrirá con estos pagos apelando a emisión de títulos de tesorería mediante deuda pública. Igual procedimiento se establece para estas tecnologías para el régimen contributivo que serán asumidos por el fondo ADRES. Se clarifica que las deudas pendientes de la liquidación de CAPRECOM se cubrirá por medio de bonos de deuda pública. En este articulado no queda claro como se asumirán las deudas de otras EPS liquidadas que fueron habilitadas en su momento por la Supersalud para su funcionamiento.

   El Ministro de Salud en entrevista dada a La República manifiesta que el resto de deudas, es decir, las correspondientes a las tecnologías y tratamientos con cargo a la UPC (POS) deben ser saldadas por las EPS que serán beneficiarias de los giros del ADRES por pago de las cuentas del No POS. No se especifica cuales son los mecanismos de seguimiento, criterios que garanticen que efectivamente las EPS paguen a las clínicas y hospitales, los mecanismos para conciliar las glosas y la sobrefacturación que hacen parte de las amplias diferencias entre los agentes. Se debe anotar que estos mecanismos deben ser trasparentes, públicos, con veeduría de la Procuraduría General de la Nación y la sociedad civil, porque se trata de recursos públicos. Es de anotar que el gobierno cuando se refiere a las deudas de los agentes, hace mención del Estado, los proveedores, las EPS , los prestadores, y omite por completo las deudas con los trabajadores de la salud, las cuales no aparecen desagregadas, sino que se empaquetan dentro del evento POS y No POS. Debe anotarse que estas deudas deben ser de pago prioritario por tratarse del recurso humano en salud protegido por el orden legal laboral, y esto debe quedar explícito en el articulado del PND.

   El acuerdo de punto final es un paso necesario para saldar las deudas del sistema, no

obstante, no deja de preocupar que se apela a un mecanismo de deuda a futuro para saldar las deudas del pasado, sin corregir las causas estructurales del déficit fiscal, lo que requeriría una reforma a la salud.

Conforme lo ha expresado el Ministro de Salud, la hipótesis del gobierno es que la deuda está dada por el aumento de los tratamientos y tecnologías que no están con cargo a la UPC (No PBS o No Pos), que este año podrían alcanzar los 5 billones de pesos, conforme expresó el Ministro de Salud en la entrevista. Este es el mismo argumento que hace 10 años emitió el gobierno del Expresidente Álvaro Uribe Vélez para emitir el decreto de emergencia social en salud que declaró inexequible la Corte Constitucional. Se debe anotar, que de manera deliberada el gobierno omite que la ley estatutaria acabó con el POS y el No POS, creó un sistema donde todas las tecnologías y tratamientos deben ser cubiertas por el sistema de salud con excepción de algunas exclusiones, como lo son los estético, lo experimental entre otras, que en caso de ser requeridas por prescripción motivada del médico tratante y/o otorgadas por un juez de tutela, deben ser asumidas con recursos de la nación, distintos a los del sistema de salud.

Esto significa la garantía del derecho fundamental a la salud, y el goce efectivo de los derechos supone aumento del gasto público social para que sean financiados, ese debería ser el objeto de las reformas tributarias de carácter progresivo y que busquen la equidad. Por tanto la sostenibilidad fiscal del sistema no se debe lograr vulnerando el derecho, existen otros determinantes que permiten que el gasto en salud sea justo y sostenible: la autonomía médica y la autorregulación, la implementación de un sistema basado en la atención primaria en salud en menoscabo del alto costo, una política farmacéutica sólida con control de precios de medicamentos, la eliminación de la intermediación financiera que desvía recursos de la salud, medidas anticorrupción en toda la cadena del flujo de recursos, la optimización en la prestación de servicios de salud mediante la instauración de redes integrales de servicios de salud. Todas estas medidas apuntan a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, en el marco de un sistema fiscalmente sostenible. Ninguna de estas se han abordado en el PND, lo que hace pensar que saldadas las deudas, estas se reeditarán con el tiempo.

4. Subsidio a la Oferta e infraestructura hospitalaria en zonas dispersas
   En el artículo 131 se plantea que se establecerá un subsidio a la oferta para los hospitales públicos, esto es, se financiará la operación de los hospitales con independencia a la demanda de servicios que estos tengan, esto se hace necesario para que puedan funcionar en zonas dispersas y alejadas, en donde se deben mantener abiertos los servicios así la población sea minoritaria. Este anuncio es sensato y de hecho es la única manera que se puede garantizar que departamentos con baja densidad poblacional tengan servicios de salud disponibles. No obstante al revisar los artículos 129,130,131 del PND uno se encuentra con que este anuncio es absolutamente demagógico, se pretende financiar la operación de hospitales y la infraestructura de los mismos, con cargo al 25 % de los recursos de salud pública que constituyen el 10% del sistema general de participaciones, en donde el 90% se destinan al aseguramiento del régimen subsidiado y el 10 % se distribuyen en un 25 para subsidio a la oferta y un 75% para salud pública. Esta medida no sólo golpea las ya menguadas finanzas de la salud pública que fueron reducidas en un 15% en este plan en contravía a lo establecido por la ley 715 que norma el sistema general de participaciones, en donde el 25% debería tener esta destinación. En este contexto, se debilita la salud pública para los territorios y se destina una cifra pírrica para la operación y dotación de hospitales para las zonas dispersas en las que habitan aproximadamente 22 millones de colombianos. Esto constituye una destinación de menos del 1% de todos los recursos públicos de la salud para la dotación y operación de hospitales que deben responder por la atención de la mitad del país. Lo que reafirma que el Gobierno no tiene claro que va a hacer con la salud de los colombianos que habitan en zonas dispersas y lanza una cortina de humo en este articulado para eludir este problema.

5. Medidas de Inspección, Vigilancia y Control
   En el artículo 55 del PND el Gobierno continúa en la ruta de fortalecer el régimen sancionatorio de la superintendencia de salud en la línea de la sancionada ley 1949 de 2018. Aquí se adiciona la obligatoriedad que la Supersalud de emitir autorización para intervenir en actos jurídicos en los que capitales nacionales o extranjeros adquieran de manera directa o indirecta el 10% o más de las acciones de una EPS. Se establecen una serie de requisitos que deben cumplir los accionistas en cuanto a patrimonio de soporte, investigaciones penales,

fiscales y disciplinarias, deudas adquiridas para obtener el patrimonio, origen del mismo. Clarifican que las transacciones en las que participen extranjeros tendrán que hacerse conforme a las normas vigentes en Colombia.

Esta es una medida que adoptan en el contexto de la venta de Medimás, en donde se ha anunciado como posible comprador la empresa norteamericana Dynamics Bussiness, es una medida proteccionista para evitar la pérdida rectoría del Estado colombiano ante la participación de capitales extranjeros en las EPS. No obstante, se debe anotar que las mayores inversiones de estos capitales se están presentando a lo largo y ancho del país es en el sector prestador, en clínicas de alto nivel de complejidad. A la final, el endurecimiento del régimen sancionatorio conducirá a la liquidación de un sin número de EPS, y a la constitución de un oligopolio de las mismas. En el cálculo de los ideólogos de la ley 100 está que esto es la solución a la crisis del modelo, pero empíricamente se ha demostrado que las EPS que superan 3 millones de afiliados no tienen un buen funcionamiento, y el oligopolio hará inevitable esto. También es innegable que estas intermediarias no funcionan en las zonas dispersas del país.

Las Conclusiones

Este PND apunta a que el gobierno va continuar piloteando la crisis sin asumir los cambios de fondo que se requieren. Con la emisión de bonos y títulos de deuda pública para paliar algunas deudas buscan comprar tiempo para lograr gobernabilidad durante el tiempo de gobierno, eludiendo las reformas estructurales. Mantienen y profundizan la línea de negación de la ley estatutaria y del bloque constitucionalidad que emprendió el anterior gobierno. Ante la decisión política de mantener billonarias exenciones de impuestos a los sectores más ricos y poderosos del país, intentan solventar el gasto público en salud, conteniendo el gasto a costa de la negación de servicios manteniendo las ilegales figuras del PBS y No PBS, con medidas alcabaleras que obligan a aumentar el recaudo a costa de la población de bajos ingresos, e incentivando a la población asalariada a acceder a planes complementarios y prepagadas. Dependerá del Congreso de la República, de la Corte Constitucional y de la ciudadanía no permitir el enorme retroceso que contiene la propuesta integral del gobierno

en contravía de los logros en materia del derecho fundamental a la salud en Colombia.

Carolina Corcho Mejía, Médica Psiquiatra

Comisión de Seguimiento a la Sentencia T760/2008

Foto tomada de: Dinero