

Imprimir

El Comité Nacional de Paro está constituido por una coalición político social que convocó las multitudinarias movilizaciones que se presentaron en todo el país. En ese contexto, el Gobierno del Presidente Duque debe dar paso a la apertura para una negociación de las peticiones. En el caso del sector salud, este construyó un acuerdo programático representado en 5 puntos, que en mi opinión, recogen los principales demandas sociales de la salud de los colombianos, y superan la tentación de construir un pliego de peticiones, fundamentado en demandas particulares de carácter gremial o corporativo, que terminan generando un árbol de navidad, fragmentando a las organizaciones en negociaciones sobre sus asuntos particulares. La agenda de negociación debe abordar los grandes problemas de la salud de todos los colombianos.

En una entrevista radial reciente, Diego Molano, vocero del gobierno, insistía en que el pliego de peticiones del Comité contiene una serie de asuntos que conciernen al cambio de modelo y asuntos que en su concepto son inconstitucionales. Por supuesto, que el pliego tiene que fijar posición política sobre el cambio de modelo en distintos sectores, porque exactamente las demandas ciudadanas que se expresa en las calles tienen que ver con el modelo neoliberal, que está haciendo agua en el planeta. El caso más representativo, se encuentra en las enormes movilizaciones de Chile, primordio del modelo económico en cuestión, instaurado a sangre y fuego durante la dictadura de Pinochet en la década de los 70.

En cuanto al tema de salud, si algún asunto es inconstitucional el día de hoy, es la ley 100 de 1993, que comenzó a desmontarse, cuando fue aprobada la ley estatutaria de salud 1751 de 2015, que por cierto, el Presidente Santos, aconsejado por su entonces Ministro Alejandro Gaviria, se negó a sancionar cuando advirtió el carácter garantista de la misma. Fue una constitución en renuencia instaurada por diversas organizaciones de la sociedad civil y movimientos sociales, la que obligó a que finalmente la ley fuera sancionada a regañadientes, por el Presidente de la República y del Congreso. Lo que siguió fue una tramposa contrarreforma a la ley estatutaria, inhabilitándola mediante la expedición de decretos y resoluciones ministeriales, que la usaban como encabezado, pero que a renglón seguido, procedían a introducir todas las medidas regresivas de la ley 100 para sepultar en una reglamentación espurea, el máximo logro del movimiento social de la salud, en cuanto

al establecimiento legal y constitucional del Derecho Fundamental a la Salud. Este marco, es el instrumento central para la discusión de cualquier reforma a la salud en Colombia y medidas de política pública.

En cuanto a la agenda del paro, este introdujo este tema como uno de sus puntos, además de otros 4 que tienen relación con este tópico. Me propongo hacer una sucinta explicación de cada uno de estos puntos que serán desarrollados con mayor profundidad en posteriores escritos. Esto con el objetivo de abrir un debate público sobre los mismos.

1. Financiación directa de los Hospitales Públicos por parte del Estado: Uno de los temas que logró el arreglo institucional de la ley 100 de 1993, consistió en marchitar la red de hospitales públicos, que se extendía en todo el territorio nacional. Esto se dio mediante medidas que condujeron a la empresarización de los mismos, es decir, los hospitales deben permanecer abiertos 24 horas con servicios disponibles en todo el país, pero deben lograr su propia financiación mediante venta de servicios, y estos se deben vender a unas empresas EPS, que no les pagan y no los contratan porque privilegian la contratación de su propia integración vertical, es decir, las clínicas de propiedad de las aseguradoras. El porcentaje de recaudo de la facturación de un hospital alcanza solo el 62%. Hasta febrero de 2019, las deudas de estas entidades con los hospitales ascendían a 8,8 billones, conforme lo expresó ACESI (1).

Las Empresas Sociales del Estado (ESE), nombre que adoptaron estas entidades con los desarrollos de la ley 100 de 1993, responden por la atención de la población de zonas dispersas y rurales, que constituye el 40% de los colombianos. Las recientes medidas adoptadas por el Gobierno Nacional en el Plan de Desarrollo aprobado en el primer semestre de 2019, termina de debilitar los hospitales con tres medidas: acabaron con el fondo de garantías FONSAET, cuyo objetivo era asegurar el pago de las obligaciones por parte de las ESE que se encuentran en riesgo financiero alto o medio, o que se encuentran intervenidas por la Supersalud; acabaron con la figura de los aportes patronales, que disminuye los ingresos entre un 4 a un 15%, esto significan unos 16 mil millones de pesos para la red de Metrosalud de Medellín, y alrededor de 62 mil millones para la red de hospitales públicos de Bogotá; finalmente establecieron una modificación al giro directo por parte del fondo ADRES a los hospitales, que les permitía tener

liquidez. Con estas medidas se termina de poner en jaque a los 900 hospitales del país, conduciéndolos a la inviabilidad financiera.

Una propuesta de corto plazo para el salvamento de la red pública hospitalaria, consistiría en revertir de inmediato estas tres medidas, se debe restituir el subsidio a la oferta por parte del Estado con cargo a una cápita en el que está incluida las necesidades de salud de la población y la formalización de los trabajadores de estas entidades. Estas son medidas inmediatas y mediatas, pero desde luego esto debe conducir a una reforma estructural del sistema de salud, que como lo ordena la ley estatutaria, establezca el principio de rentabilidad social para los hospitales y sus organizaciones en redes integradas e integrales de servicios de salud.

2. Terminar con la intermediación financiera de las EPS: Las mal denominadas Empresas Promotoras de Salud, que no son empresas, en tanto los capitales que utilizan son recursos públicos casi en su totalidad, que no son promotoras de salud, en tanto su labor en sus 27 años de existencia, ha sido inducir al sistema de salud a la atención de enfermedad de alto costo, negocio bastante rentable , si se tiene en cuenta que las EPS recobran al sistema aquellos tratamientos y tecnologías que no se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, que corresponde al listado de tratamientos que estas aseguradoras deberían pagar a los prestadores con los recursos de la UPC, Unidad de Pago por Capitación, que es el monto per cápita que gira el Estado a la EPS por cada afiliado.

Lo que no se cubre con esta UPC, es lo que constituye el No POS, que se recobra al Estado. El esfuerzo de estas entidades, mediante la cooptación de los órganos reguladores que definen los límites del POS y No POS, ha sido que se incluyan el menor número de tratamientos en el POS para ahorrarse la UPC y recobrar más recursos con cargo al No POS.

En ese sentido, el observatorio de política farmacéutica de la Federación Médica Colombiana (2), ha señalado que en entre los años 2012 y 2018 el aumento del POS ha

estado en un 32%, mientras el recobro del No POS ha aumentado hasta el 68%, recursos que van a los bolsillos de la industria farmacéutica, que en el 2018 del total de su mercado, extrajo 10 billones de pesos del sistema de salud, cifra que no corresponde al crecimiento real de esta industria, sino que responde a recobros de medicamentos amañados, pagados a cifras exorbitantes por encima de los precios de referencia internacional.

El vehículo que permite la captura de estos recursos por parte de la industria farmacéutica, vía recobros, y por parte del sector financiero, que se encargan del recaudo de las cotizaciones de los recursos de salud y obtienen rendimientos financieros en sus bancos, son las EPS, que son las entidades creadas por la ley 100 de 1993, para legitimar estas transacciones de extracción de renta pública. Sin aportar valor a la atención en salud de los colombianos, en tanto su ineficacia está demostrada por la propia Supersalud, cuyo informe de 2018 demuestra que de 37 evaluadas, solo 9 de estas cumplen indicadores, teniendo en cuenta que los gobiernos han expedido diversos decretos y resoluciones para flexibilizar las exigencias que deben cumplir estas organizaciones.

En este contexto, un gobierno sensato, tendría que empezar por establecer un mecanismo para terminar estas entidades. No obstante la ley 1955 de 2019, el Plan de Desarrollo 2018-2022, "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad", profundiza este modelo, allí se plantea el acuerdo de punto final para saldar las deudas del sector salud, que podrían superar los 15 billones de pesos, cifras que por demás no se conocen, dado que el sistema de salud ha funcionado sin sistema de información. En la reglamentación de esta ley, el Gobierno Nacional ha tomado la decisión de crear además de la UPC, una segunda cápita para asumir el No Pos, como una suerte de segunda UPC, que se calcularía a partir del histórico de los recobros, además de pagar las deudas con precios de medicamentos por encima del PRI (Precios de Referencia Internacional).

Recientemente, el Contralor General de la República cuestionó la idoneidad de los sistemas de información del ADRES para dar cuenta de cifras ciertas de deudas (3), luego este proceso del acuerdo de punto final, corre el riesgo de terminar en otro gran

desfalco al sistema. El acabar con este flagelo de la intermediación pasa por una reforma a la salud, y por deshacer de inmediato las medidas administrativas que han adoptado los gobiernos para aupar la extracción de renta.

3. La Formalización de los trabajadores de la salud: El sector salud fue uno de los más afectados con el advenimiento de las políticas de la década de los 90, inspiradas desde los centros de pensamiento del Banco Mundial, cuyo referente es la concepción neoclásica de la economía y de la política. El saldo de estas medidas, es que el 80% de los trabajadores de la salud, se encuentran bajo formas de contratación ilegal, por fuera del contrato social y de su reconocimiento como trabajadores, esto significa que trabajadores misionales como médicos y enfermeras se encuentran en precarias condiciones, contratados por órdenes de prestación de servicios, la mayoría con contratos a 2 o tres meses, y con frecuencias de pago que alcanzan hasta un año. Una consecuencia, que a la vez es causa de esta situación es el debilitamiento del movimiento sindical en el sector salud, caracterizado por su fragmentación de un lado, y el enmascaramiento de otro lado, de formas de sindicalismo que encubren la tercerización laboral y la subsecuente explotación de los trabajadores bajo estas formas.

En este contexto, un objetivo concreto debe ser el restablecimiento de la formalización laboral de los trabajadores de la salud en lo público y lo privado, dado que el 90% del personal de salud, labora en entidades privadas, por la privatización del sistema. Se deben adoptar medidas a corto plazo para el logro de este objetivo. Se requieren otras de carácter más estructural. Se ha de debatido si esto se debe hacer en un estatuto aparte de una reforma a la salud, o debe ser parte integral de la misma, existen argumentos más favorables hacia la segunda opción, dado que el talento humano y las políticas que lo protegen deben estar incursas en el conjunto del sistema, implica cambios en la financiación misma del sistema para que los recursos lleguen a los trabajadores, quienes sostienen la atención en salud, y no se quede en intermediarios.

4. El fortalecimiento de la salud pública: La ley estatutaria en salud (LES) estableció que la salud no es solo la atención de la enfermedad, este corresponde a la parte prestacional del derecho, en ese sentido la Sentencia C-313 de 2014 que desarrolla la LES, a partir de las consideraciones del Congreso de la República en el trámite y

aprobación de la misma, introdujo como parte del derecho, los 14 determinantes de la salud contenidos en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos y Sociales de Naciones Unidas del año 2000, que hace parte del bloque de constitucionalidad, entre estos se encuentra la educación, la alimentación, el medio ambiente. Esto supone que se gestionen políticas públicas como los impuestos a las bebidas azucaradas, las leyes de etiquetado, que han demostrado que tienen impacto en salud pública, e impacto fiscal, en tanto se ha demostrado que solo con los impuestos saludables se podría obtener un recaudo del 1% del PIB para financiar las políticas de salud (3), esto sumado al impacto en la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, que son las que presentan mayor morbilidad y mortalidad, y un mayor gasto en salud. Este ítem, hace referencia a la necesidad de instalar de nuevo una política fundamentada en la atención primaria en salud desde el Estado, que fue desmontada por los intereses del alto costo y de los extractores de renta, que se nutren del negocio de la enfermedad.

5. Reglamentación de la ley estatutaria: El desmonte de la ley 100 de 1993 comenzó con la aprobación de la ley estatutaria y la Sentencia C-313 de 2014, ha sido catalogada con el principal avance de occidente en materia del derecho a la salud en desarrollo de la Observación General 14 de Naciones Unidas, siendo la Corte Constitucional Colombiana considerada entre las más progresistas del mundo en esta materia.

En ese contexto, el trabajo que parcialmente logró el Ex Ministro Alejandro Gaviria, fue intentar introducir un sentido común en la tecnocracia del Estado, en instituciones educativas y en la sociedad civil, de que la ley estatutaria es la misma ley 100, y que el negocio de la salud es compatible con el derecho. Esto no es así. Los derechos fundamentales son exigibles al Estado de manera inmediata, son universales, no están supeditados a los principios de rentabilidad y sostenibilidad fiscal, esto supone de inmediato la caída de la ley 100 que instauró un régimen de salud fragmentado, en regímenes diferenciales para la atención de la población. La dirección y coordinación de la salud debe estar a cargo del Estado. La autonomía profesional es la garante del

derecho prestacional a la salud, y está protegida constitucionalmente frente a los intermediarios del negocio.

Todos estos asuntos deben ser reglamentados en dos vías, de un lado, la derogatoria inmediata de los actos administrativos expedidos por el Ministerio de Salud que contravienen la ley. El tribunal administrativo de Cundinamarca en fallo expedido el 19 de abril de 2019, frente al caso de Medimás, ha identificado algunos de estos que considera inconstitucionales, y que favorecieron el desfalco de esta entidad, y por tanto de otras EPS que operan bajo estas mismas regulaciones (6). Se requiere ajustar el decreto único de salud al marco legal. Otra parte de la reglamentación necesariamente debe pasar por el Congreso de la República, y es una Reforma Estructural al Sistema de Salud, lo que significa no reeditar los elementos centrales de la ley 100 de 1993 que han demostrado su ineficacia, como fue desarrollado en el apartado de la intermediación financiera de las EPS. En suma, la reglamentación de la LES implica medidas de corto, mediano y largo plazo, una de estas medidas debe pasar por un Congreso que acaba de aprobar el más regresivo Plan de Desarrollo, no es fácil la correlación de fuerzas allí, pero la sociedad colombiana, movilizadora en las calles no puede renunciar a la exigencia de la materialización de sus derechos fundamentales. La salud es uno de ellos.

<http://www.observamed.org/>

<https://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/la-gente-se-nos-esta-muriendo-esperando-de-cisiones-de-adres-448914>

<https://www.sur.org.co/medimas-cronica-de-una-muerte-anunciada/>

Carolina Corcho Mejía, Médica psiquiatra vicepresidenta Federación Médica Colombiana, integrante Corporación Latinoamericana Sur.

Fuente tomada de: ACOME