Imprimir

El Plan Nacional de Desarrollo PND es una ley de carácter ordinario en el que el Congreso de la República discute y aprueba las propuestas de política pública en los distintos temas que desarrollará el gobierno en el cuatrienio. Se supondría que un PND no debería contener medidas permanentes, sino solo aplicables a los cuatro años de gobierno. No obstante desde el gobierno del Ex Presidente Juan Manuel Santos, se adoptó la práctica de introducir en el PND reformas estructurales de carácter permanente en los distintos sectores, para eludir las necesarias reformas que tendrían que llevarse a cabo vía ordinaria en el Congreso de la República. Contrario a lo que se esperaría, la Corte Constitucional ha considerado exequible esta práctica que orada el equilibrio de poderes, en tanto lo que los gobiernos han implementado es lograr que el congreso les otorgue poderes excepcionales para normar en la privacidad de las oficinas de su tecnocracia una serie temas que en un Estado social de derecho tendrían que pasar por el debate democrático y público del parlamento. A esta lógica no ha escapado la política de salud, y en ese sentido se ha planteado las bases del plan de desarrollo que ha presentado el Gobierno del Presidente Duque, cuyo debate ocupará la agenda legislativa y la discusión pública de este primer semestre.
Las bases del plan en materia de salud, no muestra que el gobierno vaya a adelantar avances en una reforma al sistema, al contrario, las medidas que anuncian están referidas a la profundización del modelo de marcado que se ha impuesto en los últimos 25 años. Lo que proponen supone una ruptura del pacto democrático consignado en la observación general 14 de Naciones Unidas, los avances de la Sentencia T-760 de 2008 y la ley estatutaria en salud, que postulan como elementos centrales del pacto de la seguridad social los principios de universalidad que implica el acceso igualitario de toda la población a servicios de salud con independencia de las condiciones socioeconómicas y la capacidad de pago, y el principio de solidaridad en la financiación de los sistemas, que supone la concurrencia de la población contribuyente y del Estado para el logro de la cobertura de toda la población.

La propuesta del Plan de Desarrollo gira en torno a dos ejes centrales, uno se ubica en torno a medidas que garanticen la contención del gasto en salud, es decir, que el sistema tenga que aportar los menores recursos posibles para el financiamiento de la salud, redistribuyendo este al bolsillo del ciudadano, vuelve a supeditar el acceso de servicios de salud, a la

capacidad de pago del ciudadano, concepción que además rompe con los avances que se habían realizado en Colombia, en donde se concibió la salud como un derecho fundamental.

El segundo eje está referido a la profundización del modelo de privatización de la salud. En esa dirección lo que se busca es romper el pacto social del sistema en el que este debería garantizar la universalidad en la cobertura de la población y la financiación respondería al principio de solidaridad en el que la población contribuyente con sus aportes y el Estado subsidiarían la salud de la población pobre no asalariada, para que todos accedieran a la salud en condiciones equitativas.

El plan de entrada rompe estos principios que fueron reconocidos hasta en la cuestionada ley 100 de 1993*. " (…)El MSPS promoverá la expansión de los seguros complementarios en salud y servicios sociosanitarios para los hogares con capacidad de pago (…) ". (Bases PND, 2018, pg 33).*

El gasto en salud tiene su mayor destinación al sistema de aseguramiento que se ocupa fundamentalmente a la cobertura de la atención médica. En este componente se prevén unas importantes intervenciones para disminuir esta destinación. Las bases del plan, de entrada desconocen que la ley estatutaria en salud eliminó el POS y el NO POS (operativamente denominado PBS, plan de beneficio o no PBS), en el nuevo modelo de la ley estatutaria la población tendría derecho a todos los tratamientos en salud exceptuando algunos que se encuentran excluidos como por ejemplo lo estético y lo experimental, que no deberían ser pagados con recursos públicos de la salud sino con otros, en caso que se requiriera. No obstante el plan, anuncia que la nación solo cubrirá los tratamientos que no se encuentren en el plan obligatorio de salud y buscará "*hacer más eficiente el gasto de lo No PBS*". A eso le suman, que fortalecerán el Instituto de Evaluación de Tecnologías IETS para generar mecanismos para excluir y validar el mayor número de tratamientos que no deban ser cubiertos con recursos públicos, más allá del concepto de los equipos terapéuticos y del médico tratante. Esto se ha traducido anteriormente en la generación de guías y protocolos de tratamientos, que deberían ser herramientas orientadoras del ejercicio médico, pero que se han utilizado para limitar la prescripción médica.

El gobierno anuncia la profundización de instrumentos como el Mipres, que en año logró contener gastos hasta por un billón de pesos, al unísono que esto se traducía en negación de servicios de salud. Van a introducir los discursos del costo efectividad, esto se ha traducido en el constreñimiento de los médicos tratantes de no prescribir ciertos tratamientos. *" (..) evaluará la implementación de estrategias de control del gasto que tengan en cuenta los criterios de costo-efectividad, medidas de puerta de entrada, y el posicionamiento terapéutico para la toma de decisiones (...)". (Bases de PND, 2018, pg 33).*

Otras medidas que anuncia son las tendientes a la necesidad que la población adquiera deberes en la financiación del sistema, más allá de los aportes que la población trabajadora hacen al mismo, y la población no asalariada hace a través de los impuestos. Las medidas que han venido implementando en los últimos años en este sentido, están referidas al aumento de copagos y cuotas moderadoras, que regulen el acceso y disuadan al ciudadano/ paciente de no acudir a los servicios de salud. En las bases del plan aparecen otras expresadas así: *Incrementar las fuentes de financiación del SGSSS a través de creación de la contribución al sistema de salud como alternativa para extender la corresponsabilidad de la población colombiana de acuerdo con su capacidad diferencial de pago y la adquisición de seguros privados de salud complementarios para los individuos de mayores ingresos. (Bases del Plan, 2018, pg 32)*

Anuncian medidas para actualizar el "plan de beneficios", limitar las tecnologías y tratamientos que pagaría el sistema. Para disminuir este gasto, proponen adoptar medidas para que la población con capacidad de pago no acuda al sistema de salud y accedan a seguros privados complementarios y de medicina prepagada que pueda asumir de su bolsillo. Este conjunto de medidas se encuentran en la misma ruta de la tesis del Gobierno de Álvaro Uribe Vélez, quien en el decreto de emergencia social en salud del 2009, proponía mecanismos para regular la prescripción médica y obligar al ciudadano a asumir tratamientos de su bolsillo. En ese momento, una enorme movilización ciudadana y un fallo de la Corte Constitucional proferido en el año 2010 tumbaron este conjunto de medidas.

En ese mismo sentido, el plan señala que para suplir la necesidad de infraestructura

hospitalaria en zonas rurales y dispersas apelará a alianzas público privadas APP, prometiendo medidas de excepción de impuestos a aquellos inversionistas privados que construyan. *" (...)Definir excepciones impositivas a privados que quieran invertir en estas zonas (...)" Desarrollar la Ley 1508 de 2012 en salud, aprovechando sus ventajas para megaproyectos de Asociación Público-Privada (APP) relacionados con infraestructura y dotación integral en salud* "(Bases PND, 2019 Pg, 30).

Esta propuesta se va a encontrar con un problema fáctico de una economía de mercado, y es que el sector privado no tiene incentivo para construir en estas zonas porque las habitan poblaciones pobres, en estos territorios no existe el incentivo de la venta de servicios de salud, más allá de lo que pueda recibir la institución con cargo al sistema. El segundo elemento que no tiene en cuenta esta medida, que tiene una alta carga ideológica, es que la mayor experiencia de construcción de esta infraestructura en el marco de APP la tiene el Reino Unido, son elocuentes las publicaciones y estudios en donde han demostrado que estas edificaciones salen mas costosas construidas con un privado que si el estado lo hiciera solo. En ese sentido estos mecanismos de APP están casi extintos en la potencia europea.

En un sentido correcto, en nuestra opinión, el plan anuncia la continuidad de la política de control de precios de medicamentos, y la financiación de los hospitales públicos mediante un esquema de subsidio a la oferta. En el texto, no es claro cómo se podría viabilizar esto en el marco de la actual estructura financiera y de prestación de servicios del sistema de salud. En cuanto al tema laboral, señalan que con el apoyo de la Organización Internacional del Trabajo OIT y la Organización Mundial de la Salud OMS desarrollarán un estatuto laboral. Debe anotarse que al respecto, las propuestas conocidas para laboralizar los trabajadores del sector salud están referidas a los hospitales públicos, que constituyen menos del 10 % del total de prestadores de servicios de salud.

Es decir, los trabajadores de la salud están mayoritariamente en las instituciones privadas, luego una política laboral que excluya el sector privado es insustancial y puede conducir a la liquidación de la red hospitalaria pública, que deberá asumir una competencia desigual con los privados que no deben cumplir las mismas exigencias de carga laboral.

Las bases del plan mencionan la implementación de la ley del residente que busca laboralizar a 5000 médicos trabajadores en proceso de formación, no obstante señala que hará una modificación de las fuentes de financiación. " (...)*Se reglamentará la Ley de residentes, definiendo un proceso operativo para su pago y se modificará su financiamiento (...)". (Bases PND, 2018).*

Valga decir que el pacto social que se selló con esta ley tuvo su mayor avance en la estructura de financiación y el reconocimiento de los derechos laborales de estos médicos, si las modificaciones no respetan este pacto, se puede constituir en un retroceso y en una pérdida de un avance en justicia social que el Congreso de la República y el gobierno anterior reconocieron y sancionaron.

Por último, en las bases del plan se hace mención del acuerdo de punto final que consiste en sanear las deudas del sector salud, cuyos montos son poco claros, y tienen enormes discrepancias entre pagadores y prestadores, que van desde los 9 billones de acuerdo a unos y 16 billones conforme a otros. El Gobierno anuncia que adoptará medidas para hacer eficiente el gasto en salud. Es importante anotar que las negociaciones para este acuerdo se han venido desarrollando en los últimos meses, con poco conocimiento para la opinión pública de los criterios y el carácter de una discusión que debería ser pública, dado que de esta se deriva la definición de la destinación de una billonaria suma de recursos públicos de la salud, en ese sentido se expresa la carta enviada por la Federación Médica Colombiana al Ministro de Salud Juan Pablo Uribe (Ver anexo).

En las bases del plan no se precisa la manera como se va a realizar este acuerdo de punto final, no obstante mientras termino este artículo llega a mis manos el articulado del PND que radicó el Gobierno el 6 de febrero en el Congreso de la República, que será objeto de la más detallada revisión, en una mirada rápida observo que se pretende cubrir parte de esta deuda mediante la emisión de bonos, deuda que el estado apalanca con emisión de títulos, como lo ocurrido con los bonos del agua del cuestionado Ministro de Hacienda Carrasquilla, consiste en endeudar el sistema a futuro por varios años para cubrir las deudas del pasado, lo que les permitirá ganar tiempo, mientras no se ofrecen alternativas y soluciones a las causas

estructurales de ese déficit financiero, mientras tanto, se sofistican dispositivos para negar servicios de salud a la ciudadanía, y trasladar los gastos de salud a su bolsillo. Esto será la segunda emergencia social de Uribe, el copresidente de esta iniciativa. Y se abre el debate del Plan Nacional de Desarrollo, ahora el Congreso de la República, las calles y la opinión pública serán el escenario de las decisiones.

Carolina Corcho, Médica psiquiatra Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 Por Una Reforma Estructural del Sistema de Salud.

Foto tomada de: Dos caras