Imprimir

En el trámite de la Ley 1122, que reformó parcialmente el sistema de salud en 2007, el senador Bernardo Guerra denunció públicamente en la Comisión VII que, como él, la mayoría de los congresistas recibían dinero de las EPS o ARS o tenían negocios con estas y ninguno se declaraba impedido para votar dicha ley. Otra congresista, declaraba en plenaria que la EPS Saludcoop le daba más "puestos" (es decir, le daba trabajo a más gente de su clientela política) que el Gobierno Nacional. Un congresista más terminó preso por recibir pagos y órdenes de una EPS para modificar un proyecto de ley. Y estos son solo algunos ejemplos de la alianza de los poderes políticos con los enormes poderes económicos, en que se han convertido las EPS, gran parte de estas entidades nuevamente destacadas esta semana entre las 100 más grandes empresas del país.
Desde que se impuso en Colombia el proceso privatizador, ha sido posible observar su devenir y caracterizar el hecho de que la privatización de muchos servicios públicos se ha traducido en el arte de atrapar y asegurar un negocio rentable de tres maneras: 1.- Obtener una renta a partir de un pago obligatorio de los ciudadanos por un bien o servicio. 2.- Atrapar al regulador para influir en la normatividad y garantizar la rentabilidad del negocio previamente conseguido. 3.- No ser transparente con la información ni con la rentabilidad, para posicionarse mejor en la negociación de tarifas con el Estado. Habría que agregar, en muchos casos, la posibilidad de controlar medios de comunicación, comprándolos o realizando gastos multimillonarios en publicidad, para condicionar la información, influir en la opinión y tener capacidad de presionar al Gobierno.

En este punto, conviene describir algunos mecanismos mediante los cuales se atrapa el regulador, más allá del pago directo a los congresistas o de coimas a funcionarios del gobierno. Por ejemplo, un alcalde entrega a una empresa privada el acueducto de su municipio y esta empresa posteriormente financia la campaña política del exalcalde a una corporación pública. No hay delito en ello. Un magistrado del Consejo de Estado, que fallaba una demanda, en relación con la presunta desviación de recursos de un servicio público hacia el financiamiento de una campaña política, señalaba que los políticos han aprendido que la privatización de los servicios públicos les es mucho más útil que el modelo anterior de gestión pública, dado que no existen restricciones legales para que estas empresas privadas

aporten recursos hacia organizaciones o personas que financian sus campañas, restricciones que sí son claras en la legislación para las entidades del Estado.

El segundo mecanismo es la “puerta giratoria”. Directivos y altos empleados de los grupos económicos transitan con frecuencia hacia cargos en los Ministerios, las superintendencias y las comisiones de regulación. Este sistema de interferencia en el regulador está estrictamente prohibido en otras economías de mercado (nadie que tenga relación con las entidades reguladas puede pasar a trabajar con el regulador y nadie que trabaje con el regulador puede trabajar jamás en las entidades reguladas). Esta prohibición no existe en Colombia, por lo que los regulados siempre han colocado funcionarios en el regulador, quienes, por supuesto, representan los intereses de los distintos poderes económicos, y estos directivos posteriormente transitan de vuelta para recibir el premio por su “gestión” a favor de los regulados (bajar del cielo, según los japoneses).

Pareciera que a los dueños de grandes capitales en Colombia les ha resultado mucho más fácil hacer lobbying ante el Estado para obtener negocios rentables (en los cuales los ciudadanos estén obligados a pagar) que asumir esa enorme molestia de tener que salir a vender y competir con productos o servicios en un mercado. De esta manera, la privatización les permitió obtener un acueducto, una empresa de distribución de energía, un oleoducto, una carretera con peaje, un aeropuerto, un servicio de basuras, un fondo de pensiones, una EPS, todos negocios en que los ciudadanos estén obligados a pagar, mejor si son monopólicos u oligopólicos. Es claro que el Gobierno reparte casi todos los grandes negocios del país. Una simple mirada a las 100 empresas más grandes del país permite comprobarlo.

La supuesta asignación eficiente del mercado, postulado fundamental de la economía, no se da cuando la oferta queda amarrada. Estas empresas, en lugar de someterse a la difícil lucha, en el mercado abierto, por lograr ventas y clientes -que son dueños de adquirir o no un bien o servicio-, tienen ciudadanos obligados por ley a comprarles el servicio. La demanda está igualmente regulada y amarrada. Impedidas la oferta y la demanda, no importa mucho la eficiencia y, para asegurar la rentabilidad del negocio, lo fundamental son las buenas relaciones con quienes dictan las normas y con quienes regulan el negocio: los políticos y

gobernantes.

En última instancia, estas organizaciones privadas se están convirtiendo en el nuevo Estado, cuanta más posibilidad tienen de fijar las condiciones del servicio, las tarifas y las sanciones. A diferencia del monopolio público, que posibilita el debate político, aquí el ciudadano no tiene participación (salvo eventual y simbólica), pues queda obligado a pagar a estas entidades monopólicas o cuasimonopólicas, que tienen la capacidad de poner condiciones y siempre el poder del chantaje de suspender el servicio. Se pasa de un monopolio público a un monopolio privado. Un sector privado que quiere clientes obligados por ley a pagarle y una rentabilidad asegurada por el Estado a través de mecanismos regulatorios y tarifarios sobre los que influye. En suma, un sector privado al que le gusta más el Estado, que competir en el mercado.

Foucault explicó, en sus cursos sobre la gubernamentalidad, que la diferencia fundamental entre el liberalismo y el neoliberalismo está en que el primero formula y cree en las leyes "naturales" del mercado, mientras que el segundo no cree que el mercado sea una realidad natural, sino que requiere de la intervención política, es decir, que es consecuencia de un orden sociojurídico implementado por el Estado. El Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia es el perfecto ejemplo de un mercado creado por el Estado, producto de una alianza entre los poderes económicos y políticos, avalada a su vez por la tecnocracia económica y su fundamentalismo. Precisamente de esta creación, que no es en absoluto natural, derivan los grandes problemas y contradicciones que han conducido al Sistema hacia una crisis permanente.

Pero resulta que todo Sistema tiene en su organización el germen de su propia destrucción (frase famosa de Marx sobre el capitalismo), o, dicho de otra manera, el barco que no fue armado para las necesidades de los ciudadanos, sino a la medida de los dueños del poder, empieza a hacer agua y sus pasajeros a sufrir las consecuencias. Pero antes del naufragio, los poderes económicos y políticos logran reconstruir el acuerdo para mantener el barco a flote, aprendiendo incluso de los críticos y satisfaciendo algunos requerimientos del pueblo. (Capacidad impresionante de reforma del capitalismo que no previó Marx). No muchas

concesiones, como siempre, apenas las necesarias para controlar las crisis que amenazan el establecimiento, pues los Estados – y los poderes económicos tras ellos– nunca conceden a las clases subordinadas más de lo estrictamente necesario para mantener la legitimidad y la gobernabilidad; es decir, lo indispensable para continuar en el poder.

De esto se trata la renovación de la alianza, que ahora se anuncia en el nuevo Proyecto de Ley de Reforma a la Salud, presentado al Congreso por los grupos políticos de la coalición de Gobierno, acompañados claro está del Ejecutivo. ¿Y en que consiste esta ratificación de la alianza, a propósito de las bodas de plata de la Ley 100? Primero, golpes de pecho y, después, propósito de enmienda. En cada proyecto de reforma se reconoce y propone enmendar al menos dos o tres de los perjuicios más notorios ocasionados a los ciudadanos (o a los trabajadores del sector), que tienen origen, bien en la misma estructura del Sistema, o bien en la regulación posterior al servicio de los intereses económicos de los actores con más poder.

El primero de ellos, que dramáticamente puso en evidencia la pandemia por la Covid-19, es el maltrato sistemático a los trabajadores de la salud, que fueron sacrificados en las nuevas Empresas Sociales del Estado y otras IPS, para reducir los costos laborales, en nombre de la eficiencia exigida por el mercado. La política de tercerización se aplicó masivamente con el objeto de disminuir el gasto en salud, objetivo común del Ministerio de Hacienda y las EPS.

Según pronunciamiento de organizaciones de la sociedad civil y la Gran Junta Médica Nacional: *El modelo de aseguramiento, la segmentación del sistema de salud, la participación del sector privado y la descentralización transformaron las condiciones laborales del sector salud en un campo complejo y dinámico, donde confluyen y se superponen diversos regímenes laborales y mecanismos de gestión del recurso humano, la mayoría de ellos fundamentados en la tercerización laboral ilegal, la contratación por prestación de servicios y a destajo, lo que ha terminado afectando negativamente las condiciones laborales y el ejercicio profesional.*

La masacre laboral del sector salud en Colombia, que arrojó decenas de miles de funcionarios

de sus cargos y los tercerizó, o los convirtió en contratistas de servicios, constituyó una clara violación a los Artículos 22 a 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y un retroceso histórico del país en el cumplimiento de los mismos. Los contratos de prestación de servicios para funciones misionales en el sector salud han sido claramente declarados fuera de la ley por la Corte Constitucional, pero la situación sigue sin modificarse." (Sociedad Civil y Gran Junta Médica Nacional, 2018)

Entonces, los autores del Proyecto de Reforma toman como bandera (¿O como anzuelo?) la eliminación del citado perjuicio y, en la exposición de motivos, se dan golpes de pecho por lo que ellos mismos hicieron:

"Desde el año 2002 el Sector Salud inició un proceso de flexibilización de las plantas de cargos de los hospitales públicos, ante los altos costos y poca productividad que generaban. Parte de esa flexibilización fue financiada por el Gobierno Nacional mediante el Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud el cual era coordinado por el Ministerio de Salud y Protección Social. La flexibilización en algunos casos consistió en la supresión de los cargos y la organización de la prestación mediante la contratación con cooperativas u otras figuras jurídicas, con las cuales las IPS públicas suscribían los contratos para garantizar la prestación de servicios de acuerdo con las necesidades del mercado, permitiendo con ello que la entidad se ajustara a las necesidades."

"En otros casos las IPS públicas se liquidaron y se crearon nuevamente ESE o se organizó la prestación de servicios de salud sin instituciones públicas. Las nuevas ESE organizaron procesos que fueron contratados con cooperativas u otras figuras jurídicas, otras entregaron a un operador la prestación de los servicios en su totalidad. En este proceso el Gobierno Nacional invirtió $706.963 millones de pesos y las entidades territoriales $312.363 millones." Todo este dinero, dirigido desde el Gobierno, causó el terrible deterioro de la condición laboral de los trabajadores de la salud.

Otros golpes de pecho en el Proyecto de Ley tienen que ver con *"la inoperancia del modelo de competencia regulada en los departamentos del país con baja densidad o alta dispersión*

geográfica de la población", o con el hecho de que *"El resultado del esquema de mercado adoptado ha sido la concentración creciente tanto en el aseguramiento como en la prestación de servicios que ha terminado por consolidar monopolios y oligopolios bilaterales. Evidencia reciente indica que el modelo de mercado entre EPS e IPS ha determinado un esquema de monopolio bilateral donde el poder de mercado parece residir en los hospitales de alta complejidad, en su mayor parte privados y el mecanismo de contratación selectiva de servicios por parte de las EPS ha reducido notoriamente su efectividad ante la concentración de mercado hospitalario de servicios (Ruiz, 2018)*.", frases que en su mayoría ya se encontraban en la exposición de motivos del proyecto de ley 210 de 2013, intento de reforma fallida.

Pero en conjunto, la mejor confesión es que "*subsisten evidentes fallas en el sistema reflejados en bajas tasas de utilización de servicios médicos preventivos; altas tasas de utilización de servicios hospitalarios; baja resolutividad en los primeros niveles de atención; altas tasas de remisión a los niveles superiores lo que resulta en congestiones en el nivel de alta complejidad; alta carga de enfermedad de enfermedades crónicas comparados con otros países; fragmentación y desintegración de la atención; brechas territoriales y entre grupos socioeconómicos en términos de estado de salud, acceso a los servicios, calidad de la prestación de servicios; una oferta que no ha crecido al mismo ritmo de la demanda; concentración geográfica de ciertas especialidades; problemas de articulación entre los diferentes agentes; niveles de carteras y deudas crecientes entre los actores; falta de transparencia entre los agentes; baja reputación y credibilidad del sistema, entre otras……."*

Y, finalmente, el más trillado, aunque ahora actualizado por la Covid-19*: "Estas fallas se atribuyen, en parte, a la ausencia de una política pública en salud que trabaje sobre los determinantes sociales de la salud; al compromiso de los sectores sociales y económicos diferentes al del sector salud, para el logro progresivo de la garantía de dicho derecho; a la carencia de un modelo de atención integral enfocado en la promoción, prevención y atención primaria; a la débil gestión del riesgo clínico y financiero realizada por algunas EPS; a la escasez de recurso humano del país; a la falta de incentivos financieros y no financieros para premiar la calidad de atención en salud y a la escasez de fuentes de financiamiento en salud.*

Tales falencias, en el contexto actual de COVID-19 en donde se ha requerido movilizar a todos los sectores para que se responsabilicen y participen de la respuesta, así como adaptar la respuesta sanitaria y de salud pública para controlar y contener los casos en función del riesgo y la capacidad de los servicios de salud, se han traducido en costos sociales elevados que podrían reducirse si se corrigieran."

En fin, cualquier estudioso que esté interesado en constatar los resultados desastrosos del Sistema de Seguridad Social en Salud y su regulación desde el Gobierno, le basta con revisar sistemáticamente las exposiciones de motivos de los proyectos de reformas (exitosos o no) presentados con apoyo del Gobierno, con posterioridad a la Ley 100. Nadie podrá decir, ante la evidencia allí registrada, que dichos resultados son opiniones de críticos del Sistema, versiones de la oposición o mala prensa, pues ellos están escritos y firmados por el ministerio del ramo y archivados oficialmente en los documentos justificatorios de las leyes aprobadas por el Congreso, o bien, implícitos en las leyes mismas, cuando el articulado pone fin a una práctica fomentada por los intereses económicos de los actores y aprobada por la alianza con los intereses políticos previamente.

Y el propósito de enmienda…

Para corregir la situación miserable a que fueron conducidos los trabajadores de la salud, en los últimos 18 años, el proyecto de ley propone "la extensión progresiva de la cobertura de los beneficios del sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos laborales y el reconocimiento efectivo de las prestaciones sociales destinadas a cubrir riesgos y necesidades de los trabajadores.", es decir devolver progresivamente lo quitado (el trabajo decente), aunque queda por aclarar si esta progresividad será en cinco, diez o veinte años, o nunca, como el derecho a la seguridad social de los colombianos en pensiones o riesgos laborales (la Constitución, con mayor rango que la Ley, es papel muerto aún en estos aspectos básicos de la seguridad social).

Además, quien lo creyera, en el numeral 7 del Artículo 49 trae la "impresionante" novedad jurídica de que la remuneración de los trabajadores debe ser oportuna, justa y adecuada,

aunque… tenemos la impresión de que estas obligaciones ya habían sido establecidas en los derechos de los trabajadores un par de siglos atrás. Si el propósito de enmienda realmente fuera serio, debería especificar las sanciones para los funcionarios o directivos de las instituciones públicas y privadas, en cualquier nivel del Estado, que continúen violando, o fomentando la violación de los derechos humanos y laborales de los trabajadores del sector salud.

Preocupa, por la misma razón -la reiterada costumbre de violarlos-, el numeral 9 del mismo Artículo 49 sobre *"Viabilidad del servicio de salud respetando los derechos del talento humano en salud. Consiste en el equilibrio entre la capacidad para atender adecuadamente a los usuarios de los servicios de salud y el respeto por el trabajo decente."* ¿O sea que nuevamente el contrato laboral queda supeditado a la viabilidad financiera? ¿A que estamos jugando?

Además, cabe recordar, también queda vigente el mecanismo de subcontratación de servicios (cirugía oftálmica, cirugía plástica, unidad renal, consulta de endocrinología, radiología, laboratorio, farmacia), al interior de los hospitales, tanto públicos como privados, fomentado por el Gobierno y aprobado por el Congreso (Ley 1438 del 2011) para evadir la jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre la prohibición de contratar por prestación de servicios o tercerizar mediante cooperativas u otras entidades similares a los trabajadores misionales del sector salud. De esta forma, médicos, enfermeros y otros profesionales no son funcionarios de los hospitales, sino empleados de los subcontratistas que manejan los servicios al interior de los mismos hospitales. Modelo de contratación que imitó muy bien el de los trabajadores de la construcción de edificios en nuestro país, totalmente tercerizado y con cero derechos laborales.

Y también preocupa el parágrafo 3 del Artículo 36 "*Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, las ESE que no tengan sostenibilidad financiera, deberán reestructurarse, fusionarse o adoptar otros mecanismos para alcanzar la viabilidad financiera y de servicios*.", pues fue precisamente esta norma la utilizada durante muchos años para suprimir de un tajo la planta formal de trabajadores en las ESE.

Finalmente, el Artículo 37, muestra el paso que seguirá a las "reestructuraciones" de los hospitales públicos. *"Política Nacional de Alianzas Público Privadas en Salud. El Estado podrá realizar Alianzas Público-Privadas para la construcción, dotación, operación, administración delegada, que complemente las redes de atención y propenda garantizar el derecho a la salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones y formas de operación de estas alianzas*".

En síntesis, no será posible creer en este propósito de enmienda, mientras se insiste en el modelo fracasado de las Empresas Sociales del Estado, fracaso que ya cuenta con demasiada evidencia: "La determinación del riesgo se realiza desde 2012 con base en resultados de la vigencia anterior (2011), año en el cual – de las 968 ESE que existían en Colombia- 403 tuvieron un riesgo medio y alto, equivalentes a 41,6%, que las obligaba a adoptar un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero", informaba el Ministro de Salud, Alejandro Gaviria, al expedir la Resolución 2509 de 2012. Siete años después, Juan Pablo Uribe, Ministro de Salud, en Nov de 2018 informa a El Tiempo que "Hay cerca de 930 hospitales públicos en el país. 42 % de ellos están clasificados en lo que se llama riesgo financiero medio o alto. Esta es una situación que encontramos y que es preocupante."

Si se agrega finalmente que por Resolución 753, de mayo de 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social, con motivo de la pandemia, determinó la transferencia de recursos para el pago de deudas laborales acumuladas (hasta por doce meses) para los trabajadores de la salud, y que en el mes de agosto los medios de televisión todavía muestran a funcionarios de diversas ESE, a lo largo del país, protestando por meses de impago de salarios, además de destacar la situación física y financiera lamentable en muchos hospitales a lo largo y ancho del país, podemos decir que queda demostrado el fracaso continuado y reiterado del modelo, a lo largo de muchos años. A pesar de ello, el proyecto de reforma no plantea cosa distinta que insistir en este esquema de endoprivatización, adoptado por la Ley 100, o profundizar aún más el proceso privatizador.

En otro punto clave, el del aseguramiento, para enmendar el hecho de que "*El resultado del esquema de mercado adoptado ha sido la concentración creciente tanto en el aseguramiento*

como en la prestación de servicios que ha terminado por consolidar monopolios y oligopolios bilaterales", las propuestas no van mucho más allá de cambiar de nombre a las EPS por Aseguradoras en Salud, con el mismo objeto social y las mismas funciones de asegurador y agencia que les dio la Ley 100.

En la práctica, hace ya mucho tiempo que dejaron de ser aseguradoras y pasaron a ser administradoras del plan de beneficios, desde que se reguló una margen del 8% de administración. El gobierno pasado, fracasó en el intento de constituirlas en Gestores de Servicios de Salud, pero, en la realidad, muchas de ellas se comportan abiertamente como distribuidoras de recursos públicos, que trasladan todo el riesgo a los prestadores mediante contratos de adhesión y formas de pago totalmente inconvenientes a los prestadores, pero impuestas con el poder hegemónico que el Estado entregó a las EPS. El traslado del riesgo se promueve y consolida este proyecto de ley (pagos globales prospectivos, acuerdos de riesgo compartido, contratos integrales por grupo de riesgo).

Además, hace muchos años que el Estado asumió como verdadero asegurador, al ajustar el pago per cápita a las EPS por cada uno de los factores que inciden en el mayor riesgo o gasto en salud, como edad, sexo, zona geográfica, urbanismo, y, finalmente, al ordenar por el mecanismo de presupuestos máximos, por servicios no incluidos en la UPC, mayor remuneración a las EPS que presten más servicios no contemplados en la UPC, norma que refuerza la fragmentación social producida por el Sistema, reflejada en la enorme inequidad en la oferta, el acceso y la utilización real de los servicios por parte de distintos grupos de colombianos, habitantes urbanos, rurales y dispersos, ciudadanos ricos y pobres.

La exposición de motivos sigue dándose golpes de pecho: *"A esto se suma la laxitud de la autoridad competente ante la operación deficitaria de la mayoría de estas entidades por muchos años, sin aplicar la ley en plenitud ante la evidencia de inviabilidad e insolvencia, lo que hubiera ameritado el cierre de un mayor número de EPS o la suspensión de sus actividades y reubicación de usuarios. Ello ha resultado en enormes pérdidas financieras para prestadores, proveedores, trabajadores, profesionales, etc."*

"Adicionalmente, durante el periodo 2014-2019 se observa una tendencia al mantenimiento de la cantidad de EPS en el SGSSS en términos de la relación entre el número de EPS que son depuradas y las nuevas que habilitan o amplían su funcionamiento. Esta situación de permanencia en el sistema de EPS sin las condiciones financieras y técnicas para asumir su responsabilidad de asegurar los riesgos en salud y financiero de los usuarios, sumado a la inexistencia de un modelo de atención regulado, las fallas de funcionamiento en la red y la nula interoperabilidad de la información de historia clínica, contratación, flujo de recursos, conduce a un modelo basado en la atención de cada episodio enfermedad, centrado en el servicio hospitalario y con muy baja resolutividad en los niveles primarios, que resulta en la acumulación de riesgo de enfermedad, discontinuidad en la atención y tiempos muy prolongados para la atención".

Y entonces aparece el propósito de enmienda:" *Es necesaria una depuración del sistema en la que las EPS ineficientes, que actúan únicamente como cámaras de compensación financieras y que carecen de un compromiso efectivo con los usuarios, prestadores y el sistema en general, salgan de circulación, lo cual exigirá unos requisitos de habilitación, técnicas y financieras, mayores y una evaluación periódica sobre resultados y metas en salud que no sólo condicione su permanencia, sino también el reconocimiento económico que reciben."*

¡Sorprendente la novedad de la propuesta! Como señalara algún experto, que pretendía desestimar el problema estructural del Sistema y al mismo tiempo pretendía resolver la negación sistemática de servicios a los ciudadanos: "la solución consiste simplemente en alinear los incentivos que reciben estas entidades". En resumen, la Ley les entregó a las EPS la función de aseguramiento y el incentivo de gestionar el riesgo para gastar menos y ganar más dinero, pero el riesgo financiero posteriormente lo ajusta el banco del Sistema -que se convierte en el verdadero asegurador-, de modo que las EPS quedaron reducidas a simples administradoras del Plan de beneficios, cuyos ingresos no dependen de gestionar el riesgo, por lo que se les fija un tope de administración. Ahora, se las llamará de nuevo aseguradoras, aunque hace rato no lo sean, y se les ofrecerán más ganancias según cumplimiento de metas y resultados, pero igualmente sólo pueden gastar en administración (que incluye utilidades)

un monto fijo. Verdadero galimatías institucional.

Cualquiera que no conozca de cerca la realidad de nuestro Sistema, diría que se conforma un contrato inviable para estas entidades, por las responsabilidades y pretensiones que se les endilgan y la poco rentable forma de pago que se establece. Por el contrario, el Proyecto de Ley demuestra con ello, una vez más, que a las EPS no les importa, ni les ha importado nunca, obtener utilidades de los resultados financieros anuales, como las empresas normales (de hecho, la mayoría han perdido hasta su propio patrimonio y han logrado incluso que se expidan decretos para que puedan seguir funcionando en condición de quiebra legal, sin patrimonio propio, es decir, manejar billones del Estado y el pueblo colombiano, sin arriesgar un peso, situación que, por norma legal y por ética de mercado, no se permite en ningún otro sector económico). Esta situación también deja en claro que lo que interesa realmente a las EPS es el manejo de billonarios recursos del SGSSS, enorme chequera que otorga a sus propietarios y administradores un gran poder, y que, de todos modos, les permite derivar muy importantes ganancias, bien sea a través de los negocios secundarios (integrados verticalmente o no), o bien sea mediante los centenares de contratos que reparten, o de los favores que otorgan, ya que saben de antemano que de la empresa y del negocio principal no podrán derivar utilidades. Rentismo llano y puro, que se repite y refuerza con este proyecto de ley.

Aunque serían muchos otros los temas a considerar, no se puede dejar de lado el propósito de enmienda sobre salud pública y el modelo de salud. Si bien la propuesta incluye en la Función Esencial de Salud Pública y en el Plan Nacional de Salud Pública, las obvias consideraciones sobre “promoción de la salud, la gestión del riesgo y la intervención los determinantes sociales y ambientales en el marco de la intersectorialidad…”, termina como siempre reduciendo el concepto de salud pública, limitando la autoridad y el accionar de las direcciones territoriales de salud, centralizando la planeación en salud y hospitalizando los pocos recursos destinados a la salud pública: *“Contratación de las entidades territoriales del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC. Las entidades territoriales deberán contratar las intervenciones descritas en el PIC con los prestadores primarios públicos, dentro del primer trimestre de cada año.”*

Adicionalmente deja la gestión del riesgo en salud únicamente en manos de las “nuevas” aseguradoras, “ninguneando” nuevamente a las autoridades territoriales (precisamente cuando la pandemia ha demostrado la importancia y utilidad de su gestión y ha demostrado la inutilidad de las EPS en el manejo de los riesgos importantes de salud pública). Además, para evitar la injerencia de las autoridades territoriales de salud municipales, distritales y departamentales de salud, sobre las EPS, insiste en la conformación de las Áreas Territoriales de Salud que rompen las fronteras. Nada nuevo bajo el sol.

Cabe preguntarse, por tanto, si se necesita tramitar una ley para cambios y regulaciones tan poco significativas, muchos de los cuales ya hacen parte de leyes, decretos y resoluciones previas. El Proyecto de Reforma no introduce cambios de fondo en el actual Sistema, solo pequeños ajustes para la galería, al mismo tiempo que fortalece los negocios del sector. El objetivo real de su trámite es, por tanto, asegurar la alianza entre los poderes económicos y los poderes políticos, objetivo que corresponde claramente al modelo económico de apertura y privatización, que instaló en el país con decisión el presidente Gaviria, a la llamada confianza inversionista, del presidente Uribe, e incluso al modelo económico que no se negocia, del presidente Santos, modelo que el actual Ejecutivo lleva al centro de su propia naturaleza, al nombrar representantes de los gremios en distintos ministerios. Gobierno Corporativo o alianza de los poderes económicos y políticos para beneficio mutuo. Las grandes empresas son cada día más gobierno (ver el reciente caso de EPM) y el poder político es cada día más negocio.

Esta poderosa alianza, por cierto, pensando siempre en sus propios beneficios más que en las necesidades de los ciudadanos, ha logrado colocar al país en uno de los primeros lugares del mundo en inequidad del ingreso, situación de enorme injusticia que estuvo ligeramente atenuada en época de crecimiento económico, pero que va a tornarse notoria y denigrante, con la crisis dejada por la pandemia. Los poderes políticos y económicos se vanaglorian hoy de la universalidad y la equidad del Sistema de Seguridad Social en Salud (a las que fueron obligados por decisiones judiciales y presiones ciudadanas). Por ello ven necesario aprobar rápidamente esta reforma, para reforzar el *statu quo,* antes de que la crisis económica y social intente abrir otro camino que pretenda resolver de fondo las necesidades en salud del

pueblo colombiano.

Félix León Martínez

Foto tomada de: EL MUNDO Medellín