

Imprimir

El Texto propuesto para primer debate, en Sesiones Séptimas Conjuntas, al Proyecto de Ley 10 de 2020 Senado - 425 de 2020 Cámara “Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social de conformidad con la ley 1751 de 2015 y la sostenibilidad del Sistema de Salud”, incluye un artículo sobre el que pretendemos alertar a todos los ciudadanos, que se podría describir así:

De cómo burlar el derecho fundamental a la salud, burlar al mismo tiempo a la Corte Constitucional y la ley Estatutaria, acabar con la seguridad social en salud y la seguridad financiera de las familias colombianas frente a la enfermedad, ampliar mediante esta ley la reforma tributaria y, de contera, dejar minusválida la democracia, al abandonar el Poder Legislativo sus obligaciones y entregar las decisiones sobre el financiamiento y la garantía del derecho fundamental a la salud de los ciudadanos, al libre arbitrio del Ejecutivo y de los intereses privados. He aquí el artículo en cuestión:

Artículo 30. Financiación del Plan de Beneficios. El MSPS, en un plazo de dieciocho meses (18) contados a partir de la vigencia de la presente ley, definirá los servicios y tecnologías en salud que, por su alto volumen de prescripción, seguridad y bajo costo se deberán financiar con cargo a la UPC y determinará la forma de financiación de las tecnologías de alto costo y baja frecuencia de uso que no queden financiadas por la UPC.

1. ¿Facultades extraordinarias para reducir las obligaciones de las EPS con cargo a la UPC?

Conceder facultades extraordinarias al MSPS para reducir al mínimo el POS que deben garantizar las EPS a los ciudadanos, otorga al Gobierno una patente de corso para reducir también a la mínima expresión la UPC que se debe igualar entre el Régimen Contributivo y Subsidiado, es decir se trata de burlar a la Corte Constitucional en el propósito de igualar el Plan de Salud financiado por la UPC, con los actuales recursos del SGSSS y, por otra parte, constituye el anhelado regalo que las EPS han perseguido desde hace lustros.

Otorgar facultades al Ministerio de Salud para reducir el Plan financiado por la UPC a

unas pocas actividades de alta frecuencia y bajo costo, es acabar con la esencia del Sistema, ya rota en principio, que señalaba una UPC capaz de cubrir el costo completo del Plan Obligatorio de Salud. Además, la Corte señaló hace años que la Constitución prohíbe desmejorar los derechos sociales de los trabajadores, y la Ley 100 de 1993 establecía que el Plan de Salud no podría ser inferior al previamente vigente en el Instituto de Seguros Sociales.

De esta forma, se fragmentan tanto los servicios de salud, como las obligaciones de los actores del Sistema, hecho que viola el principio de Integralidad, como también el derecho a la participación ciudadana en las decisiones sobre el Plan de Salud, ambos establecidos en la Ley Estatutaria y recogidos a continuación:

Artículo 8°. La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

Artículo 12. Participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan. Este derecho incluye:

a) Participar en la formulación de la política de salud así como en los planes, para su implementación;

- b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema;*
- c) Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos;*
- d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías;*
- e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud;*
- f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud;*
- g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.*

2. ¿Facultades extraordinarias al MSPS para decidir cómo financiar más de la mitad de los servicios de salud que quedarían por fuera de la UPC?

Conceder facultades extraordinarias al MSPS, para determinar los mecanismos de financiamiento de la mayoría de los servicios y las tecnologías de salud que no quedarán financiados por la UPC, significa romper la esencia del financiamiento del Sistema, que en principio señalaba una UPC capaz de cubrir el costo completo del POS y, al mismo tiempo, dejar abierto un abismo financiero para garantizar estos servicios a la población. Por supuesto el Ministerio de Salud no tiene tal capacidad de llenar el vacío. Será el de Hacienda, como siempre, el que tome las decisiones para tal propósito, con medidas draconianas que afectarán el derecho a la salud de los colombianos. Una extensión de la reforma tributaria.

Adicionalmente, el texto propuesto para aprobación de las Comisiones Séptimas tiene la desvergüenza de decir que el proyecto sólo reforma el Sistema de Salud y no el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando atenta contra el corazón mismo de la seguridad social: el financiamiento y su constitución en un fondo que iguala a los

ciudadanos, al generar equidad tanto en la financiación como en la asignación, según el principio introducido por la seguridad social en Europa, que garantiza a los ciudadanos el acceso a los servicios, independientemente del riesgo o de la capacidad de pago.

Por otra parte, si el Congreso deja un vacío tan enorme en la financiación de un derecho fundamental, incumpliría flagrantemente su deber constitucional y sería merecedor del desprecio del pueblo colombiano. Por supuesto, claramente estaría dejando abierta la puerta a artículos, como los aquí recordamos, de la emergencia social (DEC 128 de 2010).

ARTICULO 15°. - CAPACIDAD DE PAGO. La autorización de prestaciones excepcionales en salud que serán cofinanciadas por el FONPRES procederá previa verificación de la capacidad real de pago del afiliado, a partir de la cual se determinará si el solicitante o su grupo familiar pueden costearlo en su totalidad, o la proporción en que puedan asumirlo, teniendo en cuenta su nivel de ingreso y/o su capacidad patrimonial, entre otros criterios.

Los operadores públicos y privados de bancos de información y/o bases de datos reportarán la información relevante para establecer la capacidad real de pago a las instancias que designe el Gobierno Nacional, para realizar la verificación en la forma y condiciones que se defina mediante decreto reglamentario. ...

ARTICULO 16°. FACILIDADES DE PAGO. El Gobierno Nacional reglamentará esquemas de financiación que puedan ser desarrollados e implementados por las entidades del sector financiero, cooperativo y cajas de compensación proporcionando a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud acceso a líneas de crédito que les permitan financiar las prestaciones excepcionales en salud, en lo que a ellos corresponda.

Para cubrir las obligaciones derivadas de las prestaciones excepcionales en salud los afiliados también podrán utilizar parcial o totalmente el saldo sin

comprometer, que mantengan en su cuenta individual de Cesantías, ya sea de manera directa o mediante su pignoración.

3. ¿Hay alguna diferencia real entre el Artículo 30 del texto propuesto para el primer debate y los propósitos de la emergencia social de 2010? Así describíamos la Emergencia Social en nuestra última publicación sobre los 25 años de la Ley 100 (Arévalo (E) 2019)ⁱ

“La reforma del Gobierno Uribe desbordó sus propósitos y buscó tocar demasiados campos, con un afán fiscalista, lo que se traducía en limitar drásticamente los servicios cubiertos por el Plan de Salud de los dos regímenes (los básicos) y denominar “servicios complementarios” a los demás, los que requerirían pago de los afiliados, decisión que afectaba especialmente a las clases medias, así como coartar la libertad del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud, lo que generó las naturales y legítimas resistencias. Como se señaló previamente, estos decretos del Gobierno, con fuerza de ley, que pretendían un drástico recorte de los derechos, generaron una gran protesta social, apoyada todos los estamentos de la salud y organizaciones sociales (menos las EPS). Por su parte, la prensa hizo eco de la protesta y además denunció ampliamente que entre los autores de estos decretos figuraban un grupo de asesores pagados por las EPS, en un proceso regulatorio hecho a su conveniencia.

4. Nuevamente se pretende revivir el Plan Limitado Único de Salud PLUS

Señalábamos doce años atrás: Como consecuencia del trascendental fallo (sentencia T-760) de la Corte Constitucional, en el año 2009 el Gobierno Uribe comenzó a vender la propuesta de un Plan Limitado Único de Salud (PLUS) o “Nuevo POS colombiano”, como lo designan oficialmente, última estrategia adoptada por la dirección del SGSSS, en un intento de “salvar” el POS como herramienta y pilar del contrato privado de aseguramiento, instrumento que se encuentra herido de muerte por los sucesivos fallos de la Corte Constitucional en contra de las limitaciones de servicios y en favor de los ciudadanos.

Según pronunciamiento del Grupo de Protección Social de la Universidad Nacional (GPS), defender el POS de esta manera, no significaba otra cosa que sostener la

racionalidad económica del Sistema General de Seguridad Social en Salud, nuevamente sobre la base de limitar los derechos de los ciudadanos mediante restricciones en la cobertura de beneficios. No solo se pretendía esta vez vulnerar gravemente los derechos de los colombianos, lo que contradice la norma constitucional, sino que incluso se desafiaba a los organismos internacionales de derechos humanos en relación con los derechos de las minorías.

Se trataba de la introducción del concepto de prevalencia en la definición de un plan de beneficios, concepto que no tuvo jamás cabida en los sistemas de seguridad social del mundo, al menos como justificación para excluir del derecho a la atención médica a los enfermos que no tuvieron la fortuna de enfermarse de lo mismo que se enferma la mayoría, o tuvieron la desgracia de no poder enfrentar su padecimiento con un procedimiento o medicamento útil igualmente para las mayorías.

Imaginemos desde ahora que, dado que la población afrocolombiana es una minoría, y que en ella a su vez una minoría padece de discrasias sanguíneas, tales patologías no serían consideradas en un plan que incluye tan sólo las enfermedades más frecuentes. Imaginemos que un grupo de ciudadanos presente tumores que no son frecuentes, como los del estroma. Por supuesto, en un plan que considere las enfermedades más importantes no se atendería a estos enfermos. Imaginemos a los niños que nazcan con deformidades congénitas, sean o no tratables, casos extraños que no entrarían en un POS por patologías prevalentes.

La prevalencia es un concepto fundamental y pleno de utilidad en salud pública, para orientar las acciones masivas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, pero es un concepto extraño a los seguros, desarrollados en el mundo alrededor de la “contingencia”, o riesgo financiero, y orientados precisamente a cubrir las contingencias que puedan sobrevenir, no calculables para los individuos en particular, pero sí para los grupos o las sociedades. Incluir la prevalencia en la conceptualización del aseguramiento, pretende limitar la cobertura de enfermedades o de servicios que no requiere la gran mayoría de la población.

La anterior lógica constituyó la esencia de la propuesta novedosa del PLUS. Pero el problema verdaderamente grave estriba en que, cualquier recorte de los servicios de salud, basado en patologías, insumos, procedimientos o medicamentos, siempre afectará en mayor medida a la población pobre, mientras que los grupos en mejor posición social podrían costearse tales tratamientos. Una vez más, tal POS o PLUS y, en suma, cualquier planteamiento basado en utilizar el concepto de prevalencia para excluir o limitar el derecho a la atención médica en el Sistema de Seguridad Social, es evidentemente regresivo. Se señalaba en el pronunciamiento del GPS:

En la democracia, las mayorías no pueden abusar de las minorías, ni excluirlas de los derechos. Por ello no es posible reducir o limitar derechos a las minorías étnicas, o a las minorías sexuales o a las minorías discapacitadas, o a las minorías políticas, etc. Por el contrario, las democracias discriminan positivamente a las minorías. Plantear sostener tal inequidad por consenso social para frenar las objeciones de la Corte Constitucional, plantear una reforma para afectar a las minorías, así sea en términos de enfermedad, no es posible, aunque se base en la maravilla (más bien obligación) de igualar los Planes de Beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y en la presunta racionalidad económica. (Martínez, 2009)ⁱⁱ

Para controlar los costos de la seguridad social en salud, el consenso requerido debe consistir en la aprobación anual en el Congreso de los ingresos y gastos de la seguridad social, por grandes rubros, como lo realizan los parlamentos de Europa. Con presupuestos limitados, se establecen prioridades en la administración de los recursos y los servicios de salud. Las decisiones de excluir o incluir servicios, procedimientos o tecnologías en el sistema de salud, o controlar el precio de tecnologías y medicamentos, como formas efectivas de controlar los costos de los servicios de salud, como ocurre en los países desarrollados con seguridad social plena, implican siempre una decisión política (no una discusión en manos de tecnócratas del ministerio del ramo o tecnócratas de planeación o hacienda), ya que tales decisiones afectan a toda la población.

La puerta que se pretende abrir -con el Artículo 30 del texto propuesto-, a las EPS y sus negocios de planes complementarios y medicina prepagada, para vender la cobertura de los servicios no incluidos en el pequeño plan de beneficios y la pequeña UPC, resulta de un alcance inimaginable. Dos intentos anteriores del Gobierno, en este sentido, fueron frenados por la sociedad civil, con ayuda de la Corte Constitucional. Si esta vez lo logra, por supuesto, el derecho a la salud dependerá no del derecho de ciudadanía, sino de la capacidad de pago de cada individuo. Una verdadera extensión de la reforma tributaria y un golpe definitivo a las clases medias y populares.

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 las cuales se encuentran entre las 100 más grandes empresas del país por los billones de pesos de recursos públicos que manejan y distribuyen. ¿Cuántas campañas de senadores y congresistas continuarán siendo apoyadas por estas poderosas empresas, con el dinero de nuestros impuestos?

ⁱ Arévalo Decsi (E). “Poder político y mercado en las reformas a la seguridad social”. Colección La seguridad social en la encrucijada. Tomo VIII. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia – FEDESALUD, Bogotá, 2019 ⁱⁱ Martínez, Félix (2009) GPS. Gobierno plantea reducir los planes de salud de todos los colombianos. Documento de

coyuntura para difusión (inédito). Bogotá: Universidad Nacional, Grupo de Protección Social.

Félix León Martínez, Presidente de Fedesalud. Miembro del Grupo de Protección Social, FCE,
UNAL

Foto tomada de: <https://senado.gov.co/>