

Imprimir

El pasado 2 de mayo en el Senado de la República se dio la votación en último debate del Plan Nacional de Desarrollo “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”. Esta votación se realizó en esta corporación sin mayor discusión, después que en la Cámara de Representantes se establecieron acuerdos entre las bancadas y el gobierno para la aprobación del articulado, esto se daba al unísono que el senado discutía las polémicas objeciones a la Jurisdicción Especial de Paz (JEP).

Es preciso señalar que las mayorías parlamentarias que corresponden a los partidos del gobierno e independientes que constituyeron un bloque para ganar las pasadas elecciones presidenciales, operan distinto cuando se trata de la paz que cuando se trata de gestionar las reformas y políticas que requiere el país para su desarrollo. Para el tema de la paz estas mayorías se dividen y los partidos de la U, Cambio Radical y liberal votan con las bancadas de la oposición, esto explica la derrota del gobierno en su intento de objetar la ley estatutaria de la JEP. Pero cuando se trata de votar en el Plan de Desarrollo, el denominado santismo y uribismo comparten el modelo neoliberal, extractivista de negación de derechos, que ha constituido la agenda económica y política del país en las últimas tres décadas. Esto fue lo que se presentó con la votación del Plan Nacional de Desarrollo, en donde se profundizó el modelo hegemónico de las últimas décadas.

En materia de salud lo aprobado en el Plan Nacional de Desarrollo no dista de los múltiples y fallidos intentos que desde hace 25 años, los distintos gobiernos han agenciado para mantener a toda costa, el negocio de la salud instaurado desde la ley 100 de 1993. Es evidente que el modelo es fallido, esto quedó evidenciado en la reciente orden de liquidación de la EPS Medimás por un fallo del Tribunal Administrativo de Cundinamarca, dejando en vilo casi cuatro millones de ciudadanos en atención en salud, después de enormes esfuerzos antitécnicos e ilegales por parte del anterior gobierno, que significaron poner todo el poder del ejecutivo y del Estado en función del salvamento de un negocio que a todas luces era irregular e iba a poner en riesgo la vida de millones de colombianos y que significaría billonarias pérdidas económicas. Pero no sólo Medimás es un signo contundente del descalabro del sistema, el desangre financiero es elocuente, en ese sentido la Asociación de Clínicas y Hospitales expresó el pasado 4 de mayo que las deudas de las EPS con estas

entidades superan los 10.1 billones de pesos. Toda crisis financiera en salud supone en sí misma una crisis humanitaria, en ese sentido es visible que el Instituto Nacional de Salud exprese que entre 1998 y 2010 hubo un millón trescientos mil muertes evitables en Colombia.

Se esperaría que el Plan de Desarrollo se ocupara de resolver estos problemas, y que aquello que no fuera soluble por esta vía condujera a una reforma estructural del sistema de salud. Pero esa no fue la conducta adoptada, los esfuerzos sistemáticos de las fuerzas políticas del país se han encaminado en salvar el negocio de los actores extractores de renta que se han instalado en el sistema, no se han ocupado de como el sistema le responde al ciudadano-paciente, sino como se establecen remiendos que mantengan avante el negocio de la salud instaurado. El Plan aprobado no tiene ni siquiera una mirada estratégica que permita resolver los problemas que tiene el sistema, en las bases del plan no existió un diagnóstico que dé cuenta de la crisis de la salud en el país, que es bastante elocuente, profusa e inocultable. La orientación del plan es salvar el negocio a toda costa, posponer la crisis con medidas tibias, profundizando la crisis de las poblaciones más vulnerables. En ese sentido analizaremos algunos temas aprobados:

El tema central del que se ocupa el articulado aprobado es el acuerdo de punto final, que trata de saldar las deudas acumuladas del sector, pero se ocupan sólo de una parte de las deudas, aquellas correspondientes al alto costo del denominado No POS (Tecnologías y tratamientos que no están con cargo a la UPC), no se abordan las deudas referidas al denominado POS, ni las correspondientes a las EPS liquidadas, exceptuando las deudas de CAPRECOM, que se contemplan en el plan. Todas estas deudas van con cargo al bolsillo de todos los colombianos vía el presupuesto general de la nación, es decir, además de contribuir con la financiación del sistema de salud a través de aportes e impuestos, a los colombianos nos van a cargar la quiebra de un sistema ineficaz. Uno podría aceptar esta posibilidad, si con ese saldo de deudas al unísono se estuviera proponiendo una reforma para obturar las causas del desfaldo del sistema. Pero nada de esto está considerado en el plan de desarrollo, por el contrario, el plan genera un conjunto de propuestas para que el sistema continúe desfaldado como un barril sin fondo.

Una de ellas es que en medio del desfalco que vamos a asumir todos los colombianos, el plan creará un sistema de incentivos monetarios para entregar a los actores del sistema, dicho de otra manera, además de los incentivos de extracción de renta y ganancia que actualmente tienen las EPS vía la destinación del 10% de la UPC para sus costos administrativos, la intermediación financiera y los prestadores en donde se ha demostrado sobrefacturación por servicios prestados, con el plan de desarrollo, los colombianos debemos entregar más recursos para que estos agentes hagan lo que tienen que hacer. Esto parte de la idea de que el particular no opera sin incentivos.

De otro lado, una de las medidas que había servido para contener el desangre financiero del sistema fue el giro directo, que permitía el flujo de recursos del fondo público ADRES a los prestadores, sin la intermediación de las EPS, a esta medida le dieron reversazo, dado que el giro directo pasó de ser una medida obligatoria para el caso de las EPS sometidas a vigilancia especial por la superintendencia y para el régimen subsidiado, a quedar a discrecionalidad del Ministerio de Salud y Protección Social. En el plan reconocen que existe un déficit financiero del sistema, y lograron incluir un recaudo de un billón de pesos anuales, que se les cobrará a los ciudadanos del régimen subsidiado conforme a su capacidad de pago. Esta medida parte del hecho de que esta población es evasora y debe contribuir solidariamente a financiar al modelo de salud caracterizado por el desfalco.

Solo adoptan una medida, que para los autores es la idónea para lograr contención del gasto en salud y disminuir costos, esta consiste en colocar un tope presupuestal a las EPS para el gasto público de los tratamientos No POS, con incentivos a las EPS que logren optimizar estos gastos, es decir, incentivos monetarios para que nieguen servicios de salud a la población. Esto lo hacen manteniendo la figura ilegal del POS y No POS que ha sido abolida por la ley estatutaria en salud, la cual no existe para este plan. La ley estatutaria estableció que todos los tratamientos y tecnologías deberían ser prestados por el sistema de salud, por tanto todas deben estar contenidas dentro de la unidad de pago por capitación UPC, las exclusiones entendidas estas como tratamientos cosméticos y suntuarios, experimentales, sin evidencia científica deben ser cubiertos con cargo a recursos de la nación en caso de que el médico tratante indique que se requieran o que el juez de tutela los ordene. Mantener las

figuras del Pos y No Pos supone que las EPS se ahorran un porcentaje importante de la UPC y pueden recobrar los tratamientos que estarían en el POS, esto indica una rentabilidad superior en el negocio de la salud para estas entidades.

Si se pudiera definir el sistema de salud vigente, se tendría que se caracteriza por ser un modelo privatizado, con medidas regulatorias que garantizan la negación de servicios de salud y la extracción de rentas por parte de distintos agentes del sistema, centrado en la atención de la enfermedad y con un debilitamiento de la salud pública en el marco de la atención primaria en salud. En ese sentido, el Plan de desarrollo logró debilitar aún más la salud pública que supone la intervención promocional y preventiva de la salud. Con una modificación de la ley 715 de 2001 redujeron los recursos del sistema general de participaciones dirigidos a los entes territoriales con este fin. A esto se suma el debilitamiento de la red de hospitales públicos a quienes les pregonaron un subsidio a la oferta nominal que no se compadece con las necesidades de la población dispersa que deben atender, que asciende a 22 millones de colombianos. No sólo el Estado se exonera de destinar recursos para la financiación de estas entidades, que son la columna vertebral de cualquier sistema de salud en el mundo, sino que los conduce a la inexorable liquidación. En ese sentido, Luis Alberto Martínez, Directivo del gremio de los Hospitales públicos ha señalado, que el Plan de Desarrollo aprobado deroga artículos que acaba con el fondo de salvamento hospitalario FONSAET y los aportes patronales para el pago de seguridad social de los trabajadores de la salud.

Por lo cual concluimos que el actor que se impuso en el pacto establecido en el plan de desarrollo, fueron las EPS que recuperaron poder en el manejo de recursos de la salud mediante el retroceso del giro directo, lograron no tener que asumir la cobertura de los servicios requeridos por la población tanto Pos como No Pos con cargo a la UPC que el Estado les gira, lograron que en el plan no se abordaran medidas eficaces de inspección, vigilancia y control, y la obligatoriedad de asumir las deudas correspondientes a los tratamientos POS, que nada se dijera sobre como los accionistas de las EPS liquidadas van a responder con las deudas. Lograron más incentivos monetarios a costa de negar servicios. El pacto no fue ni por Colombia ni por la equidad, fue un pacto por las EPS. No fue un pacto por el derecho a la

salud de los colombianos, sino por el rescate del negocio de la salud, pues se refinancia el desfaldo sin abordar las causas estructurales del mismo. Comprar tiempo con recursos de todos los colombianos, mientras la deuda vuelve y crece y la población continúa sufriendo los vejámenes del modelo de salud.

Fue esto lo que aprobaron las mayorías del Congreso de la República, corporación que en este momento tiene radicados dos proyectos de reforma a la salud para la discusión, uno de estos, el de Cambio Radical que repite medidas de la engavetada ley 1438 de 2011 que tampoco resolvió, ni hubo voluntad de los gobiernos por implementar lo que era soluble. Bastaría solo con desengavetar la ley 1438 e implementarla y podrían ahorrarse el trámite de este proyecto de ley en el Congreso de la República. La segunda es la propuesta del partido Liberal, que tiene como punto de partida que la crisis financiera del sistema debe estar resuelta, asunto que no sucederá con este plan de desarrollo, ni con las medidas adoptadas por el gobierno. Ambas son un deja vu del eterno retorno, como sino existiese una voluntad clara por resolver el problema en realidad con una reforma estructural que de manera progresiva le devuelva la salud a los colombianos y que se ajuste al mandato legal y constitucional de la ley estatutaria. Uno hubiera esperado con este plan de desarrollo las medidas no empeoraran, pero peor sí fue posible!

Carolina Corcho Mejía, Médica Psiquiatra, Corporación latinoamericana Sur.

Fuente: Caracol Radio