

Reforma al Sistema de Salud Colombiano. Panel

Por **German Enrique Reyes Forero**

Médico

Ex Representante a la Cámara

Transcurridos 17 años de la Ley 100 de 1993, que creó un nuevo sistema de Seguridad Social en el país, no sólo en Salud, sino en Pensiones y Riesgos Profesionales, se debate la necesidad de una nueva Reforma.

El Gobierno anterior quiso hacer la reforma mediante el mecanismo excepcional de las facultades extraordinarias y la figura de la “Emergencia Social”. Situación que se frustró por dos hechos: La movilización social masiva en contra y la intervención de la Corte Constitucional que, mediante fallo de inconstitucionalidad, declaró inexecutable la casi totalidad de los artículos, advirtiendo la necesidad de hacer las reformas pero contando con el Congreso de la República.

A casi un año de la expedición de los decretos de Emergencia Social, todavía no hay suficiente claridad por parte de muchos actores sobre lo que debe ser una nueva reforma: El debate se centra en un nuevo modelo o seguir en la lógica de los ajustes.

El nuevo Gobierno, posesionado el pasado 7 de agosto de 2010, y el nuevo Congreso de la República que lo hizo el pasado 20 de julio, agendan como prioritario el tema de la reforma en Salud pero, a la fecha, sólo algunas bancadas han presentado proyectos de reforma: el Polo Democrático presentó una propuesta de reforma constitucional al Artículo 49 para consagrar la Salud como derecho fundamental autónomo y terminar con la intermediación financiera, y el partido mayoritario de Gobierno presentó una propuesta de ajustes donde el eje es el tema financiero y el modelo de atención.

A la fecha, el Gobierno habla de una nueva ley estatutaria pero sólo se conoce un borrador cuyo propósito fundamental es regular la acción de tutela y establecer definiciones sobre lo que deben ser los contenidos de los planes de salud y la regulación del derecho, así como los deberes de los ciudadanos en términos del autocuidado y su responsabilidad en términos financieros del cuidado a su salud: “Si no te cuidas, pagas”.

Sin embargo, simultaneo al debate sobre la reforma en Salud, el Ministerio de Hacienda enfatiza en hacer una Reforma Constitucional que coloque como

derecho fundamental la estabilidad macro económica del país: Regla fiscal, mecanismo mediante el cual pretende condicionar el ejercicio presupuestal del gasto social, particularmente en salud, para cumplir con mandatos de la Banca Multilateral y cerrarle el paso a la Corte Constitucional que viene insistiendo en aumentar el gasto en lo social para poblaciones de desplazados y que, además, considera, como lo ordena la Constitución de 1991, que el gasto en lo social siempre debe ir en aumento hasta hacer efectivos los derechos ciudadanos.

Quisiera hacer una breve reflexión de cómo los diferentes actores y sus intereses están viendo la reforma:

Para el Gobierno, lo fundamental es el tema del control del déficit fiscal, la cacareada estabilidad macroeconómica y el traslado del gasto en salud en porcentajes importantes al bolsillo de los ciudadanos, además de cumplir con los compromisos de los denominados “inversionistas”, garantizándoles las tasas de ganancias y buscando formulas jurídicas para salirle al paso a los fallos de la Corte Constitucional sobre temas como: La salud como derecho fundamental autónomo, la necesidad de planes de salud iguales para todos los ciudadanos y según sus necesidades, la oportunidad y calidad de los servicios y la autonomía en el criterio médico profesional, entre otros. La puja de los intermediarios financieros, léase EPS y Sistema Bancario, consiste en aumentar sus tasas de ganancia, incursionar en el control de toda la cadena de negocios de salud, integración vertical, vender pólizas adicionales que cubran contenidos, incluso ya reconocidos financieramente, en lo que se denomina POS, fortaleciendo el mercado y el universo de sus tarjetas prepago, monopolizando el aseguramiento tanto del denominado Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado, y trasladando el denominado riesgo en salud al prestador. La puja de los administradores de los prestadores públicos y privados está en cómo no quebrarse; por un lado, cómo recuperar rápidamente la cartera morosa, por cierto bastante considerable, \$3.5 billones; y, por otro, cómo trasladar su inestabilidad financiera al más débil de la cadena: el trabajador raso.

Para los trabajadores “rasos”, llámense médicos, enfermeras, etc., los mas débiles de la cadena, la desesperanza es mayor dada su debilidad para superar la tercerización, los bajos ingresos, la pérdida de su autonomía profesional y no seguir siendo considerados como los malos del paseo, pues son los que ponen la cara frente al enfermo. Para el sistema educativo en salud, es decir, las facultades de ciencias de la salud, la crisis también se expresa en situaciones conflictivas que tienen que ver con temas curriculares, éticos, de campos de práctica, de ubicación de sus egresados en el denominado mercado laboral, de educación médica continua, de aumento de la competencia ante la proliferación de facultades de ciencias de la salud, de falta de financiación sobre todo a la universidad pública. Para el complejo industrial en salud, medicamentos, insumos

etc., su interés se centra en vender más y rentar más; en este campo, sobre todo, las multinacionales pujan porque se gaste más y paguen bien; es todo un complejo de negocios que establecen precios a su antojo, que pervierten el ejercicio profesional mediante incentivos perversos y que permean la conciencia de los enfermos haciéndolos insustituibles.

Los investigadores de salud pujan por su autonomía, por mayores recursos, porque la ciencia y la tecnología estén al servicio general, pero se encuentran con que su actividad es invadida por los intereses de los negociantes. Los usuarios, pacientes o clientes miran desde el dolor que les causa su enfermedad, cómo el debate confunde, cómo nadie responde y todo el mundo se chuta la pelota; para él, lo importante es simple: una pronta, oportuna y cálida atención con calidad, sin tanta vuelta, y que no dependa de si se tiene o no dinero o de quién pague por mí. La clase política, que está comprometida con muchos negocios de la salud, usa la reforma para captar electores con el eslogan más común “ahora sí”. En fin, podríamos afirmar que existen en el debate diferentes miradas sobre lo que se ha denominado la crisis del Sistema de Salud colombiano.

¿Habrà salida?

Lo primero a considerar, admitiendo la crisis del Sistema, es que sí hay salida. A corto plazo, muy poco por hacer; a mediano plazo, algo se hace; pero la salida está a largo plazo. Y ¿por qué? Es simple: No sólo el modelo de salud está en crisis; también lo está el modelo de desarrollo económico en el que los gobiernos, desde la independencia de España, nos han incluido. Si salud es bienestar, y este modelo no da bien-estar, hay que romper con el actual modelo de desarrollo. Es duro pero es la realidad. Y entonces, ¿qué hacer?

Hemos venido hablando de educar al ciudadano en la introyección, crearle conciencia de que su salud es un derecho humano fundamental, que salud es bien-estar, bien vivir, y que hay que luchar por ello. Éste es un primer paso y debe quedar consignado en una reforma constitucional.

Lo segundo es que ya existen movimientos de la sociedad, grupos de presión, que claman por una reforma estructural, diferente a la propuesta de reforma estructural que también el Gobierno y los grupos económicos reclaman.

Tercero, los movimientos de presión ciudadana empiezan a identificar qué es lo fundamental, dónde está lo estructural. Ya, por ejemplo, se empieza a lograr un acuerdo ciudadano en términos de lo dañino, innecesario y nefasto del intermediario financiero privado, hoy denominado EPS; también es primordial recuperar y defender la red pública hospitalaria, modificando su estructura organizacional y financiera ante las propuestas de liquidación y privatización, en

donde se respeten los derechos de los trabajadores; la imperiosa necesidad de crear un Sistema Nacional de Salud en el que la autoridad sanitaria esté centralizada en el Ministerio de Salud y la secretarías de Salud Departamentales y Municipales; en donde la política pública esté dirigida a que los ciudadanos no se enfermen y que, cuando se enfermen, sea el sistema quien los busque y visite y no éstos al trabajador de la salud; un sistema en el que la atención no esté condicionada a la capacidad de pago y exista gratuidad, sin cuotas moderadoras ni copagos; que sean los profesionales de la salud, de común acuerdo, los que definan cómo tratar a los enfermos y cómo hacer para lograr que permanezcan sanos; que la financiación del sistema no dependa de los ciclos económicos sino que haya estabilidad, conservando las actuales fuentes pero avanzando progresivamente hacia la consecución de recursos por impuestos nacionales, haciendo una bolsa común y creando un banco propio, el “Banco Público de la Salud y la Seguridad Social”, bolsa común y pagador único con giro directo.

Que haya una política pública, desde el nivel Nacional, de formación del Talento Humano, según necesidades regionales, que evite la anarquía y la creación sin planificación de facultades de Ciencias de la Salud; que exista una política pública nacional de investigación, ciencia y tecnología en salud a cargo del Instituto Nacional de Salud y Universidades, así como un estatuto único del trabajador de la salud en el que se respeten derechos laborales y prestacionales, se garantice estabilidad laboral y se permita un sistema de negociación colectiva en el sector público y privado. Un sistema de Riesgos Profesionales que garantice seguridad y salud, no sólo a los dependientes del contrato de trabajo, sino a los independientes, cuenta propia y sin empleo. Impulso, desarrollo y consolidación de una industria nacional de medicamentos e insumos con capacidad de producción e investigación, apoyada en el Instituto Nacional de Salud y las Universidades al igual que en Colciencias. Una verdadera participación ciudadana en la elaboración y ejecución de los planes nacionales y locales de salud, en promoción, prevención, curación y rehabilitación, dándole información suficiente, educación y participación en los órganos de dirección del Sistema. Una política pública nacional basada en los saberes y herramientas de los conceptos de salud pública en la que el Ministerio y las secretarías de Salud jueguen el papel de directores y elaboradores de planes nacionales de Salud Pública, dividiendo el territorio nacional en territorios regionales de salud, y realizar inversiones según necesidades de salud y bienestar.

En fin, estas son algunas ideas sobre lo que hay actual y lo que propongo. El debate sigue abierto y la invitación es a permanecer alertas pues la sospecha fundada es que si no hacemos nada lo que se viene será peor que lo actual.