

El colapso del sistema de salud: ¿dónde estamos y hacia dónde vamos?

Saúl Franco MD.

Vocero - ANSA - Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud

El colapso del actual Sistema de Salud y Seguridad Social –SSSS- no parece tener reversa. Según la Superintendencia Nacional de Salud, sólo en el mes de agosto del presente año se presentaron en todo el país 17.000 quejas y reclamos, la mayoría de ellos relacionados con faltas en la atención y en la prestación de servicios. Sectores cada vez más amplios y diversos van pasando de la indignación a la acción organizada para lograr un modelo que no sólo supere las deficiencias estructurales del actual sino que sea capaz de hacer realidad la vigencia del derecho a la salud. Al mismo tiempo, los defensores del modelo vigente, integrados por el empresariado nacional e internacional que ha hecho de la respuesta a la enfermedad un campo lucrativo a gran escala, los tecnócratas que lo legitiman y ayudan a su funcionamiento y los sectores estatales y gubernamentales que siguen convencidos de sus bondades se empeñan desesperadamente en ajustarlo, aplicarle nuevos paños de agua tibia, hacemos creer que la crisis es coyuntural, y convencernos de que le demos una nueva oportunidad al modelo en lugar de pensar en aventuras de cambios radicales.

Dada la intensidad de los debates, la lluvia de propuestas y la emergencia de la incertidumbre sobre el futuro del SSSS conviene mirarlos con cuidado en dónde estamos para aclarar mejor hacia dónde debemos ir.

Se agita el debate parlamentario. Si bien ni las leyes resuelven los problemas ni el Congreso actual tiene la legitimidad y credibilidad esperadas, es claro que se requieren ajustes en el ordenamiento legal del sistema de salud y que el debate parlamentario puede contribuir a aumentar los niveles de conocimiento y conciencia y a despejar el rumbo futuro. Por ello, desde diferentes ángulos político-ideológicos, atendiendo a diferentes intereses y preocupaciones y buscando muy distintos niveles de solución, se han presentado recientemente múltiples iniciativas legislativas en salud. Algunas responden a problemas específicos como la penalización de la no atención oportuna de las urgencias, Proyecto de Ley 50 de 2012 Senado. Otras buscan reformas funcionales del SSSS, sin alterar su estructura, tales como el Proyecto de Ley 51 de 2012 Senado. Oras plantean reformas puntuales a nivel constitucional como el ya fallido Proyecto de Acto Legislativo 040 de 2012 Cámara, que pretendía establecer a nivel constitucional el derecho fundamental a la salud. Y otras, bajo la modalidad de **Leyes Estatutarias** pretenden delinear los alcances reales del derecho a la salud y los procedimientos y recursos mediante los cuales el Estado lo garantizará, tal como se establece en el artículo 152 de la Constitución Política. Se han radicado hasta ahora en el Senado de la República **tres Proyectos de Leyes Estatutarias en Salud –PLES-** y al parecer el Gobierno, después de muchas vacilaciones, presentará en los próximos días su propio proyecto. Es conveniente señalar de manera sintética los contenidos básicos y las principales diferentes entre los proyectos en curso.

PLES 48 Senado. El primer Proyecto de Ley Estatutaria en Salud –PLES- de la presente legislatura fue radicado el 31 de julio por el senador Jorge Ballesteros, después de un cuidadoso trabajo, con la firma del Presidente del Congreso y de otros parlamentarios. En esencia busca definir algunos conceptos fundamentales en el campo de la salud; los principios básicos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS-; los derechos y deberes de los “usuarios” del SGSSS; el Plan Único de Beneficios –PUB-; el financiamiento de dicho PUB y la administración y el flujo de los recursos; la operación de indicadores de salud, y la creación de una nueva figura jurídica: la acción de protección en salud.

PLES 105 Senado. Radicado el 29 de agosto, este Proyecto de Ley Estatutaria en Salud es el producto del trabajo de varios años de la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud –CSR-, con la participación de académicos, organizaciones gremiales, sociales, populares, sindicales, de pacientes y mujeres. Cuenta con el respaldo de un amplio bloque parlamentario multipartidista, y de la Alianza Nacional por un Nuevo Sistema de Salud, con presencia en todas las regiones del país. Este Proyecto propone un cambio de fondo en el sistema, a partir de la reformulación de la salud, del papel del Estado, de la Sociedad y de los ciudadanos y sus organizaciones. Parte de tres postulados básicos: la salud como derecho humano fundamental, y no como mercancía; el Estado como garante de dicho derecho, y no como árbitro pasivo o agente del mercado; y el sistema de salud no sólo como mecanismo para el lucro mediante la atención de las enfermedades, sino como instrumento eficaz para la defensa de la vida, la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la generación de mayor bienestar para toda la población. El Proyecto desarrolla la propuesta de un Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud –SUDS-, con una red articulada de prestación de servicios integrales de salud, financiamiento público con recursos fiscales y parafiscales, fondo único de seguridad social, rectoría social, dirección estatal, reconocimiento de los territorios y la diversidad nacionales, participación del sector privado sin ánimo de lucro en la prestación de los servicios, estricto control por parte de agencias especializadas de los organismos de control del Estado, y amplia participación social en todas las instancias de dirección, gestión, vigilancia, control y evaluación del sistema. La propuesta elimina los paquetes de beneficios, la intermediación financiera, los copagos y cuotas moderadoras y, por tanto, las actuales EPS. Le da especial atención al sistema de información en salud, a los procesos de formación del personal del sector, a la autonomía y la autorregulación de los profesionales de la salud, a las condiciones de trabajo digno, y establece pautas para la necesaria acción intersectorial. Finalmente, el proyecto establece un período de transición razonable de dos años para poder realizar todos los cambios requeridos en el ordenamiento legal, reglamentario, institucional, financiero, operativo y, en especial, en la mentalidad y las actitudes de las personas y las instituciones.

PLES 112 Senado. Este Proyecto fue radicado por un bloque parlamentario liderado por el senador Luis Carlos Avellaneda. Tanto en su concepción como en sus objetivos, alcances y propuestas, es muy semejante al anterior. Posiblemente la principal diferencia entre ambos es el énfasis que el 112 hace en la importancia de erradicar de todos los niveles del sistema el ánimo de lucro, por considerarlo el origen de buena parte de los males y dificultades del actual sistema. Pero, dada la gran afinidad entre ambos proyectos, sus impulsores han decidido trabajar como un solo bloque para enfrentar la propuesta gubernamental, y han acordado una estrategia común de divulgación, debate, organización y movilización.

El escenario actual y las alternativas futuras. Estamos entonces ante la expresión, en clave de leyes, de las dos posiciones que existen en la realidad en el país frente a la crisis del sistema de salud. De un lado, quienes quieren mantener una concepción de predominio económico y asistencialista y su respectivo modelo, haciéndole algunos ajustes operativos, regulatorios y de control, pero sin alterar sus postulados, ni su lógica, ni su estructura. De ahí que su proyecto mantenga el imperativo de la sostenibilidad fiscal, la existencia de las EPS, un paquete de beneficios como reducción efectiva del derecho, la no eliminación real de la intermediación financiera, y el posible debilitamiento de la tutela mediante la acción de protección de la salud. Es la posición expresada ya por el PLES 48, acogida por un sector parlamentario y, en caso de que el Gobierno Nacional no presente finalmente su proyecto en la misma dirección, sería también la posición del empresariado, los inversionistas en salud, la tecnocracia del sector y todos los interesados en mantener el estado de cosas vigente

en salud y seguridad social. Del otro lado estamos quienes desde una concepción de derechos una óptica no mercantil de la vida, una ética del bien común, la equidad y la prioridad de la vida y la salud frente a los negocios y un concepto de la salud más cercano al bienestar, al acceso universal a la atención de las enfermedades; a la vida digna, pensamos con responsabilidad y conocimiento de causa, pero sin temores que es la hora de un cambio estructural en el modelo. Es la posición materializada en los PLES 105 y 112, cuyo contenido ya se esbozó y que en esencia busca anteponer la salud de la gente al bienestar de los negocios, y la lógica de la vida digna en una sociedad justa al discurso de las ganancias, los paquetes de beneficios y el equilibrio financiero.

Es conocida la relación de muchos senadores y representantes con el empresariado sanitario, en especial de EPS e IPS, con la industria farmacéutica y con el sector financiero lo que inclinaría la balanza a favor del posible proyecto gubernamental o del PLES 48 al momento de las decisiones parlamentarias en la actual legislatura. Pero, hay argumentos sólidos para pensar tanto en las posibilidades reales del bloque parlamentario que apoya las propuestas alternativas e inclusive en el cambio de actitud y de opción de muchos parlamentarios como para tener la seguridad de que, aún frente a una votación adversa, el modelo ya no podrá volver a ser el mismo y las semillas de una posibilidad distinta y definitiva ya están sembradas en los ciudadanos/as y en la sociedad. La reciente derrota por un estrecho margen del proyecto de Acto Legislativo 040 en la Cámara puede ser una señal al respecto. Y mientras continúen las movilizaciones, las discusiones argumentadas y la convergencia de fuerzas por un nuevo modelo, seguirá habiendo motivos para el optimismo y la esperanza. Por descontado además que existen otras vías democráticas diferentes a la legislativa y que la sociedad ha sabido y sabrá emprenderlas o intensificarlas de manera creativa y sinérgica.

Pero, la gran apuesta es LA PAZ. El inminente inicio de negociaciones de paz con la guerrilla introduce una variación esencial en el escenario nacional y relocaliza la paz como la gran apuesta del país en el momento. Pues bien, existe una esencial relación bidireccional entre salud y paz. De un lado, la paz es una de las precondiciones de la salud, como lo declararon desde la carta de Ottawa sobre promoción de la salud en 1986. Y la realidad es clara al respecto: sin paz hay mayor inseguridad, mayor incertidumbre y, por tanto, mayor riesgo de enfermedades mentales. Más aún: en condiciones de guerra se incrementan los homicidios, las heridas, todas las formas de violencia, los traumatismos de todo tipo – incluyendo los psicológicos -, y se dificulta el acceso a los servicios de salud tanto asistenciales como preventivos. Al mismo tiempo, las violaciones al derecho internacional humanitario y a la misión médica hacen parte del arsenal de la guerra. Y de otro lado: sin salud no hay paz. De hecho, entre las llamadas condiciones objetivas del conflicto armado que padecemos hace casi sesenta años se encuentra la falta de políticas públicas y, por consiguiente, de acceso universal a servicios esenciales como salud y educación. La salud puede ser entonces un buen camino hacia la paz en la medida en que un buen SSSS elimina algunas de las razones del conflicto, reduce las inequidades y las exclusiones, genera legitimidad para el Estado, revitaliza la ciudadanía y crea un clima de mayor bienestar.

Sería por tanto un aporte significativo al proceso de paz la aprobación de una reforma de fondo al sistema de salud como la contenida en los proyectos de Ley Estatutaria en Salud 105 y 112 orientada, como ya se dijo, a darle contenido real y vigencia efectiva al derecho a la salud para todos los colombianos/as, a fortalecer la responsabilidad social del Estado, a reducir inequidades históricas y a producir mayor bienestar. Por la estrecha relación salud-paz, el proceso de negociación con la guerrilla se convierte entonces en un nuevo y fuerte argumento a favor de un cambio sustancial en la manera de entender y atender la salud en la sociedad colombiana, y en una coyuntura

altamente favorable para anteponer los intereses colectivos a los intereses particulares y a la visión mercantil que han primado durante la vigencia de la Ley 100 de 1993.