



La salud en el debate electoral

*Por Luis Alejandro Delgado y Natalia Paredes**

Análisis de qué tan efectivas y pertinentes son las propuestas de seis de los candidatos a la Presidencia de la República en materia de salud.



Imagen de www.cronicadelquindio.com

La Emergencia Social demostró la ineficiencia del Estado a la hora de procurar que todos los ciudadanos puedan acceder al derecho a la salud.

La Emergencia Social, declarada el 23 de diciembre de 2009, que suscitó tanto debate público, demostró la ineficiencia del Estado a la hora de procurar que todos los ciudadanos puedan acceder al derecho a la salud y, sobre todo, volvió a abrir el debate para una nueva reforma estructural.

La emergencia no fue más que otra llamada de alerta y otra cura que procuró sanar, sólo superficialmente, uno de los sistemas que tiene más urgencia de ser transformado desde la raíz: el de la salud. De hecho, desde que se expidió la ley 100 de 1993, las crisis del sector han sido reiteradas y periódicas y, en general, han tenido como argumento central la insuficiencia de recursos.

Dentro de los hechos más recientes se puede destacar la solicitud, por parte de la Procuraduría, de la declaratoria del “estado de cosas inconstitucional en

salud”, precisamente porque se venían dando múltiples violaciones de este derecho y, además, el control debido por parte del Estado era inoperante.

Otra crisis muy fuerte, cuyos efectos se pueden observar hoy, fue la liquidación progresiva del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, que terminó por reducir la participación del Estado en el mercado del aseguramiento a su más mínima expresión¹ y, por lo mismo, su capacidad real de control prácticamente quedó anulada.

Mientras el sector privado sea el que controla el grueso de los recursos del sistema, cualquier intención estatal de regulación del mismo (incluyendo los precios), que no esté en la misma vía de los intereses de las EPS privadas es totalmente ineficaz.

Ha corrido mucha tinta alrededor del análisis de la emergencia, que expresa la multiplicidad de problemáticas de fondo del sistema de salud vigente en Colombia, como son el incremento de

recursos para el sector por diferentes vías, las quejas de los pacientes por asuntos de calidad y negación de servicios, el paseo de la muerte, la quiebra y concesión de los hospitales públicos, el crecimiento de las enfermedades prevenibles como resultado del desmantelamiento de la salud pública, entre otros indicadores preocupantes que reflejan la realidad de deterioro de la mayor parte de los indicadores de enfermedad y mortalidad de la población.

Por ejemplo, en un estudio reciente, que analiza las evidencias disponibles sobre los resultados de la Ley 100 de 1993, se señala que las muertes evitables por tuberculosis, tétano en mujeres, IRA y diarrea en menores de 5 años desaceleraron su disminución desde comienzos de 1990, y que las muertes evitables por dengue en hombres, malaria, tos ferina, desnutrición infantil, y prevención primaria en su conjunto que venían disminuyendo, comenzaron a aumentar a mediados de los 90. No hay ningún indicador de muertes evitables que señale mejoría como efecto de la reforma realizada en 1993 (Yepes, 2010, 42 y 24).

A pesar de todo el revuelo causado por los decretos de emergencia social y de la evidente necesidad de construir un nuevo modelo de salud que atienda los problemas estructurales del actual sistema de aseguramiento, ninguno de los candidatos a la presidencia está realizando planteamientos serios, que toquen de fondo su diseño y atiendan la garantía de este derecho humano fundamental.

El análisis del cuadro que se presenta a continuación muestra la generalidad e insuficiencia de los planteamientos de los candidatos a la presidencia. Además, evidencia que ninguno está tocando los temas estructurales del sistema actual, ni realiza propuestas novedosas o que no se hayan ensayado en períodos recientes. Por último sólo uno de ellos, el candidato del Polo Democrático Alternativo, Gustavo Petro, hace un planteamiento sobre la concepción del modelo y se sale del esquema de aseguramiento como vía de acceso.

En síntesis, contrario al debate por el que acaba de pasar el país y a los planteamientos de diferentes sectores sobre la necesidad de construir otro modelo, la mayoría de los candidatos se acogen a la posición gubernamental de continuar haciendo ajustes a un modelo que ha mostrado su ineficacia.

Comentarios a los planteamientos de **Antanas Mockus**



1. Tener un Plan Obligatorio de Salud respetado por todos.

2. Regular el precio de las medicinas.

3. Fortalecer la capacidad reguladora de la sociedad frente a las EPS.

4. Llevar al congreso los impuestos aprobados en la emergencia social, para que sean permanentes.

5. Eliminar las sanciones previstas para los médicos en los decretos de emergencia social. Son inaceptables y hay que respetar el criterio médico.

6. Crear nuevamente el Ministerio de la Salud.

1 - 6. Si bien Mockus no presenta tampoco ninguna propuesta novedosa, ni apunta a cambiar las fallas estructurales del sistema, toca puntos importantes como el respeto, el control y la capacidad reguladora de la sociedad frente a las EPS.

Imagen de <http://campaa2010.files.wordpress.com>

Comentarios a los planteamientos de **Gustavo Petro**



1. Nuevo modelo de salud a partir de la prevención, la atención primaria y de un programa de salud integral.

2. Red de promotores de salud y médicos preventivos que atiendan a las personas en sus hogares.

3. La condición de ciudadano, certificada con su cédula o registro civil, será suficiente para recibir atención médica de calidad en la red de hospitales y clínicas.

1 - 3. Recoge planteamientos básicos del movimiento de la salud y de las nuevas tendencias de la discusión mundial que retoma los principios de la atención primaria y considera que el énfasis de los sistemas de salud debe estar en atender unos determinantes básicos del estado de salud directamente en las comunidades. Por plantear una reforma en la concepción del sistema, Petro es el único que está tocando el tema de fondo y, por esa vía, intenta resolver asuntos estructurales, aunque no los desarrolla de manera amplia. Sin embargo, se queda corto en términos de plantear cómo haría la transición del sistema actual hacia el nuevo, cómo sería su sostenibilidad financiera, cuáles serían los mecanismos de regulación y control y, sobre todo, cómo sería la participación social para su construcción, implementación y regulación.

Imagen de www.semana.com



Comentarios a los planteamientos de

Noemí Sanín

<p>1. Alternativas de afiliación para informales e independientes.</p>	<p>1. Las alternativas de afiliación ya existen. De hecho, su obligatoriedad por razones laborales o de atención en salud, ha permitido la ampliación de cobertura en el aseguramiento.</p>
<p>2. Servicio de telemedicina en los sectores rurales.</p>	<p>2. Los habitantes del campo tienen derecho a acceder, en igualdad de condiciones, a la atención. Por lo tanto, con esta propuesta se estaría produciendo una discriminación innecesaria, contraria a los principios de calidad y oportunidad propios del servicio público de salud. El anterior modelo de promotoras rurales, que se basaba en la concepción de atención primaria, preventiva y extramural en el campo, fue muy exitoso: contribuyó a resolver la atención inicial de casos graves y de baja complejidad y a instalar capacidades propias en las comunidades. Este programa se acabó con la Ley 100, al cambiar los recursos para el programa de promotores rurales por subsidios para afiliación de los campesinos, que en su mayoría se quedan en las EPS sin utilizar por razones de distancia, desconocimiento, dificultades de desplazamiento, etc.</p>
<p>3. Sistema de información único para el registro y el recaudo.</p>	<p>3-8. Estas medidas ya están contempladas y se están implementando parcialmente.</p>
<p>4. Actualizar la estructura tributaria para los juegos de suerte y de azar.</p>	
<p>5. Fortalecimiento de la Comisión de Regulación de Salud, de la Superintendencia de Salud y de las autoridades locales.</p>	
<p>6. Sistema de información que permita monitorear la morbilidad y los factores de riesgo, la cobertura y la eficiencia de los servicios.</p>	
<p>7. Sistema General de Calidad y esquema de incentivos al mejoramiento del servicio por parte de los prestadores.</p>	
<p>8. Fomento de la competencia de los prestadores de salud en el régimen subsidiado.</p>	
<p>9. Creación de un programa nacional de salud preventiva para reducir la prevalencia de los factores de riesgo para la salud.</p>	<p>9 – 10. Mientras no se especifique de dónde van a salir los recursos y cómo se van a hacer compatibles con el modelo de aseguramiento estas propuestas son tan sólo un “saludo a la bandera”.</p>
<p>10. Fortalecimiento del Plan Nacional de Alimentación y</p>	



Comentarios a los planteamientos de **Juan Manuel Santos**

<p>1. Un nuevo POS.</p>	<p>1– 7. Con excepción de la creación del nuevo Ministerio y la penalización de las listas de espera, que parecen más un slogan de campaña que una propuesta con fundamento, las otras medidas ya existen, se están implementando o se encuentran en proceso de desarrollo.</p>
<p>2. Consolidar la información epidemiológica de la población colombiana.</p>	
<p>3. Prevención y promoción de la salud a cargo del Estado.</p>	
<p>4. Creación de la unidad especial de inteligencia y anticorrupción.</p>	
<p>5. Penalizar las listas de espera para la adjudicación de citas, exámenes o cirugías.</p>	
<p>6. Unificar la regulación en materia de salud en un Estatuto Único en Salud.</p>	
<p>7. Nuevo Ministerio de la Salud y la Vida Sana.</p>	
<p>8. Sistema de información que permita ver el comportamiento de los precios de mercado de medicamentos e insumos. Se acabarán los cobros excesivos por medicamentos y de las cadenas de incrementos de precios. Se gestionará justa y eficientemente el mecanismo de libertad regulada establecido en la normatividad.</p>	<p>8. Vale la pena destacar el sistema de información sobre precios de insumos y medicamentos, pues si bien existe la disposición, esta información no se entrega al público. De hecho, estos datos poseen un mecanismo de reserva, lo que hace que sea un sistema totalmente ineficaz para efectos de veeduría social.</p>

Imagen de www.elpais.com



Comentarios a los planteamientos de

Rafael Pardo

1. Integrar trabajadores informales a través de un subsidio en la cotización.

2. El régimen subsidiado se atiende en cualquier parte del país.

3. Control a los recursos, sobre todo a rentas cedidas y propias de los entes territoriales.

4. Fortalecer los sistemas de vigilancia, control, e información.

5. Las EPS establecerán la figura del vocero del usuario.

6. Base de cotización de dos salarios mínimos.

7. Marco regulatorio anti monopólico y para evitar el abuso dominante de cualquier actor del SGSSS.

8. Recuperar la salud pública como un elemento central de la gestión de servicios de salud, y de las acciones intersectoriales para la protección social. Fortalecer el Instituto Nacional de Salud.

9. Establecer instancias institucionales para que periódicamente se realice la revisión del POS por parte de la CRES.

10. Buscar que los excedentes de la subcuenta de solidaridad que se hallan en inversiones financieras retornen al sistema y lograr que se presupueste y ejecute el recaudo total de la misma, sin excepciones.

1– 2. En la actualidad existe un subsidio para los afiliados clasificados en nivel 3 del Sisben y, mediante la emergencia social, se introdujo la atención nacional a los afiliados al régimen subsidiado.

3– 7. Ninguna de las propuestas es novedosa. Todas estas medidas han sido adoptadas a lo largo de sucesivos decretos y reformas. La regulación que pretendía evitar la posición dominante de las EPS, al colocar un porcentaje mínimo de contratación con la red pública, ha sido burlada. A pesar de que intentó ser revertida mediante uno de los decretos de la emergencia social, el gobierno nacional afirmó que era un problema de redacción y, a través de unos de sus “reverzasos”, dejó vigente la contratación mínima con el sector público.

8. Esta propuesta, en particular, es la más destacable de todas las que propone el candidato liberal. Sin embargo, el fortalecimiento del Instituto Nacional de Salud ya está previsto, incluso, existe un Plan Nacional de Salud Pública “sin dientes” y sin recursos porque el modelo de aseguramiento lo copa todo, lo que hace que en la práctica el plan se reduzca a una declaración de buenas intenciones, sin posibilidades reales de aplicación. La pregunta para Pardo sería, ¿cómo recuperar las acciones colectivas por las que nadie está dispuesto a pagar, con excepción del Estado, en medio de un modelo controlado por actores que persiguen la rentabilidad económica?

10. Es un propósito loable que retornen al sistema los recursos invertidos en el sector financiero. Sin embargo, esto ya está establecido, pues se ha insistido en que no se cambie la destinación específica de los recursos para el sector social.

Comentarios a los planteamientos de

Germán Vargas



<p>1. Generar cerca de un millón de empleos formales para que estos aportes vayan al régimen contributivo.</p>	<p>1. La generación de empleo formal siempre es deseable y es un derecho fundamental. Sin embargo, el problema financiero del sistema no es la falta de recursos, pues éstos han crecido sostenidamente en los últimos 15 años. Tanto así que Colombia ostenta uno de los gastos en salud per cápita más altos de la región.</p>	
<p>2. Dos terceras partes de las personas afiliadas en salud deben pertenecer al régimen contributivo y 1/3 al régimen subsidiado.</p>	<p>2- 8. Con relación a los otros planteamientos no hay mayor novedad. De hecho, la mayor parte son medidas ya tomadas con excepción de las sanciones a los intermediarios que abusen con los precios de los medicamentos.</p>	
<p>3. Recaudo de información epidemiológica de la población colombiana con criterio de actualidad.</p>		
<p>4. Cruce de información de bases de datos con entidades como la DIAN para ver realmente la capacidad de pago de las personas.</p>		
<p>5. Sanciones a quienes abusen de la intermediación de medicamentos.</p>		
<p>6. Realizar un nuevo cálculo actuarial del valor anual de la UPC.</p>		
<p>7. Definir los porcentajes de intermediación y los topes a los que el FOSYGA pague un servicio por fuera del POS.</p>		
<p>8. Reestructuración de 150 hospitales públicos.</p>		
<p>9. Expedir el Estatuto Único en Salud, tendrá toda la normatividad concerniente al tema de salud.</p>		<p>8. Esta propuesta resulta preocupante pues por esta vía en los últimos años se ha liquidado, subarrendado, entregado en concesión, entre otras formas de privatización, buena parte del patrimonio público.</p>
		<p>9. Prácticamente es lo que señala la Corte Constitucional en el comunicado que declara inexecutable la emergencia social.</p>

Imagen de www.vargaslleras.com

A pesar de la pobreza de los planteamientos y programas de candidatos y partidos políticos, en el sector salud hay una riqueza de análisis, diagnósticos, propuestas y diversos sectores que cuentan con los elementos necesarios para, a través de un proceso participativo, construir un nuevo modelo basado en la garantía del derecho a la salud.

Así lo han venido señalando estos sectores y ha sido reforzado por la Corte Constitucional en el comunicado publicado a raíz de la sentencia de inexecutable de la emergencia social, al afirmar que hay una problemática estructural por resolver y que, necesariamente, se debe “avanzar hacia un sistema de protección social que garantice el goce efectivo del derecho a la salud dentro de un marco financiero sostenible a corto, mediano y largo plazo, que prevea fondos de reserva para periodos de crisis”.

Además, la Corte aclara que esa reforma debe hacerse a través de un proceso de discusión pública, de cara al país, en donde la comunidad en general participe efectivamente y añade que ese proceso participativo debe garantizar que los actores de la salud tengan oportunidades de expresarse activa, propositiva y eficazmente.

En la misma línea de otros pronunciamientos anteriores, el Alto Tribunal reitera que hay una problemática estructural por resolver y que ello debe hacerse en el marco de la jurisprudencia y los tratados internacionales de derechos humanos, ambos instrumentos ricos en contenidos y mecanismos garantistas del derecho humano a la salud.

Así, aunque los candidatos no planteen reformas de fondo, es necesario que el próximo presidente tenga en cuenta cuatro aspectos esenciales a la hora de realizar la reforma a la salud:

Universalidad. El derecho a la salud es para todas las personas. Eso implica que se elimine cualquier tipo de discriminación y barrera de acceso que impida a todos y todas gozar del mismo en sus diferentes contenidos y niveles. También supone la realización de acciones que coloquen en igualdad de condiciones a aquellas personas y grupos poblacionales que por su ubicación geográfica, procedencia socioeconómica, preferencia sexual, edad o género se encuentran en situación de debilidad manifiesta y requieran intervenciones especiales por parte del Estado.

Integralidad. Supone dar respuesta en todos los niveles de atención en salud, desde lo más sencillo hasta lo más complejo, de acuerdo a la necesidad de cada cual, incluyendo la salud pública. En la base de la concepción de seguridad social está la noción de protección contra el riesgo. Es decir, se crea un sistema con contribuciones periódicas universales que atiende a cada cual según su necesidad. La integralidad también implica la realización de acciones intersectoriales entre los ministerios de salud, educación, vivienda, desarrollo, medio ambiente, entre otros.

Equidad. Se basa en la necesidad de redistribución de los recursos de acuerdo a las necesidades de los diferentes grupos. Implica una planeación basada en necesidades y no en paquetes promedio (POS) o cuotas por persona (UPC), sino en los requerimientos específicos en salud, de acuerdo al lugar de residencia, la procedencia socioeconómica, el género, la edad, el sexo, entre otros factores determinantes del estado de salud. Esto implica que cada uno

contribuye según su posibilidad, pero recibe según su necesidad.

Participación social. Es lo único que garantiza la apropiación social del modelo de salud, el cuidado de lo público, la actualización permanente del sistema, la responsabilidad del Estado y la concreción y defensa del derecho.■

*Luis Alejandro Delgado es practicante del equipo DHESC del CINEP/PPP y Natalia Paredes es investigadora del mismo grupo.

1. Desde ese momento las EPS anunciaron que los recursos de la Unidad de Papo por Capitalización – UPC, no alcanzaban para la cobertura de las enfermedades de alto costo incluidas en el POS y que el Estado tendría que buscar alguna forma de financiación para cubrir la atención en salud del grueso de los afiliados al ISS.

Referencias:

Comunicado No. 20 de la Corte Constitucional, abril 21 de 2010.

Francisco J. Yepes, y otros, 2010, “Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia”, Assalud, Universidad del Rosario, IDRC, Bogotá, marzo.