

Juan Gossaín presenta informe sobre la iniciativa que radicó el Ministro de Salud.

“Según los resultados de la Encuesta Gallup de abril, ocho de cada diez colombianos desaprueban la forma como se enfrentan los problemas de la salud y piensan que las condiciones y su calidad están empeorando. Tristemente es el campo peor evaluado, por encima de la guerrilla, el narcotráfico, la inseguridad y el desempleo”. (Editorial de EL TIEMPO, domingo 5 de mayo de 2013).

Aunque ustedes piensen que es imposible que Colombia tenga un sistema de salud más lastimoso que el actual, los proyectos de reforma que se encuentran en el Congreso de la República podrían sacarnos de Guatemala para meternos en Guatepeor. Si se los digo no es por dañarles el día, ni por bajarles el ánimo, sino porque durante largos meses me he tomado el trabajo de leer con cuidado una maraña de documentos, revisar papeles interminables y consultar a un batallón de especialistas.

Para empezar por el principio, no deberíamos hablar del proyecto del Gobierno sino de los proyectos del Gobierno del presidente Santos, que radicó simultáneamente en el Senado dos propuestas distintas: una de ley estatutaria y otra ordinaria. La primera, que fue concebida por lo que se conoce como “la comunidad científica”, pretende definir el ámbito del derecho a la salud. La segunda, que sería una ley corriente, fue iniciativa del propio Gobierno, a través del ministro de Salud, Alejandro Gaviria.

Y aunque el ministro dijo ayer que se la jugará por defender con vehemencia la iniciativa de ley estatutaria, tras presentar 18 artículos con base en la propuesta de la Junta Médica Nacional, lo cierto es que el proyecto de ley ordinaria sigue su curso y empezará a ser debatido la próxima semana.

Lo inaudito es que entre los dos proyectos hay artículos que son abiertamente contradictorios. ¿Cómo puede uno entender que el Gobierno le monte un sabotaje a su propia propuesta? Por una sola razón: porque el proyecto estatutario, obra de los médicos, es mucho más sólido y pertinente que la propuesta ordinaria del Gobierno, y proporciona un marco más serio para el posterior desarrollo de las normas ordinarias.

Esa es la razón por la cual en este trabajo periodístico el análisis se concentra en los desatinos de la propuesta ordinaria del Gobierno.

Las EPS seguirán mandando

Comencemos de una vez, porque son inagotables las preguntas que lo asaltan a uno. En el proyecto de ley que preparó el ministro Gaviria no se eliminan las cuestionadas Empresas

Promotoras de Salud, EPS, esas compañías tanto públicas como privadas que han provocado incontables escándalos con el manejo de la plata del ciudadano y por los abusos cometidos.

El ministro habla de unas nuevas entidades “gestoras” de salud, a las que se otorgará la facultad de atender a pacientes tanto del régimen contributivo como del subsidiado. Esas gestoras quedan autorizadas para organizar las futuras redes de servicios que atenderán a la gente.

Lo malo es que el proyecto no impide que las EPS se transformen en gestoras, y de esa manera pasen de manejar la plata de los usuarios, como lo han hecho hasta ahora, a ordenar cómo debe manejarse esa plata. ¿O el Gobierno es tan ingenuo que cree que las EPS se van a quedar de brazos cruzados, viendo a otros apoderarse del negocio?

En ese punto, los entendidos tienen fundamentos para sospechar que lo que está proponiendo el Gobierno es un maquillaje: cambiarles el nombre a las EPS, que tienen tan mala fama. “Es un cambio de letrero”, me dice un especialista en administración hospitalaria, que pide mantener su anonimato. “Es la misma jeringa con diferente bitoque”.

-No le quepa duda -añade el médico Alonso Gómez, un respetado exministro de Salud-. Según el proyecto, las EPS podrán transformarse en gestoras o en prestadoras de servicios médicos de primer nivel. Agrega que no administrarán dineros del sistema. Pero, más adelante, el artículo 27 las autoriza para “apoyar a SaludMía en los procesos de afiliación y recaudo”. Recaudos. Entonces, ¿manejarán recursos o no? Contradicciones como esa abundan en el proyecto.

¿Quién podrá defendernos?

El que viene a continuación es uno de los temas más delicados que encuentro en el proyecto gubernamental. Resulta que hoy en día, por lo que dice la Constitución Nacional, por lo que ha sentenciado repetidamente la Corte Constitucional y por mandato legal, los recursos del sistema de salud son considerados de naturaleza pública, lo cual permite que la autoridad de control fiscal pueda investigar y enjuiciar a quienes hagan uso indebido de ellos. Esa es la razón, a propósito, por la cual la Contraloría General de la República adelanta varios procesos contra personas o entidades privadas y públicas, entre ellas Saludcoop y Caprecom, acusadas de desviar o malversar esa plata. O de apropiársela, para decirlo francamente.

Cómo les parece que en su borrador de nueva ley el Gobierno propone la creación de un organismo, llamado SaludMía, que reemplace al Fosyga en la tarea de pagarles a las

empresas prestadoras del servicio. Sin embargo, agrega que, apenas salgan de las manos de SaludMía, esos dineros dejarán de ser públicos para convertirse en privados.

¿Quién investigará, entonces, a los nuevos defraudadores? ¿Y a los viejos? Las actuales investigaciones tendrían que suspenderse de inmediato. “Si eso se aprueba, los dineros de los usuarios quedarían por fuera del control fiscal”, como lo advirtió ante el Congreso una representante a la Cámara llamada Gloria Stella Díaz.

Dicho sin más rodeos: los ladrones ya no tendrían necesidad de robarse los recursos de la salud, porque la reforma se los estaría regalando de entrada, servidos en bandeja de plata.

¿Cómo se llama eso? ¿Consagración legal de la impunidad?

El sistema de salud colombiano mueve al año 44 billones de pesos. No se sabe cuál es el interés del Gobierno en que se acabe el control fiscal sobre semejante montaña de plata. Si se la han robado a pesar de los vigilantes, cómo será el festín de los buitres cuando nadie los esté mirando.

-El Fosyga tenía tantas funciones que no pudo cumplirlas -comenta el doctor Gómez-. Lo mismo va a pasar con el nuevo fondo SaludMía: tendrá que compensar, recaudar, afiliar a 47 millones de usuarios, pagar alrededor de 40 millones de procedimientos cada mes y deberá controlar mensualmente las afiliaciones y las incapacidades en todo el país. La creación de SaludMía será, como usted dice, un paso que nos llevará de Guatemala a Guatepeor.

Vuelve la burra al trigo

Les pongo otro ejemplo para que me entiendan. A medida que avanzo en el examen de estos documentos, cada hallazgo es más sorprendente que el anterior. La redacción es confusa. Las imprecisiones campean en el proyecto, que, a lo largo de todo el texto, sufre un ataque crónico de vaguedaditis.

Recuerdo perfectamente que hace casi tres años escribí en estas mismas páginas una crónica en la que contaba que los políticos de departamentos y municipios mandaban a Bogotá unas listas tan largas de enfermos imaginarios, para cobrar los subsidios de la salud, que en algunas de ellas había más gente que la población completa del municipio entero.

El asunto llegó a tales extremos de corrupción que modificaron el sistema para evitar que los llamados “entes territoriales” siguieran manejando ese dinero, porque, simple y llanamente, lo estaban saqueando.

Sin embargo, el capítulo cuarto del proyecto elaborado por el Gobierno determina que esas mismas entidades territoriales serán en adelante “los agentes encargados de financiar y gestionar las acciones de salud pública”. Para justificarlo, el Gobierno inventa unas zonas del país llamadas “áreas de gestión sanitaria”, cualquier cosa que eso signifique.

En otras palabras, estamos regresando al pasado con todos sus horrores. Vuelve el agua al molino. Pregunten ustedes cuánta plata asignaron desde Bogotá, a finales del año pasado, para que municipios y departamentos previnieran el dengue. Pregunten cómo se usó esa plata, ya que el propio Instituto Nacional de Salud ha reportado que los muertos por dengue se triplicaron, comparados con los de igual período del 2012.

¿Por qué, entonces, y después de haber controlado ese cáncer, el Gobierno viene a proponernos ahora que volvamos a él? ¿Por complacer a congresistas, disputados, alcaldes, gobernadores, concejales? ¿Por qué? ¿Para que apoyen la reelección?

Hablemos de clínicas

A lo largo de los años se ha demostrado, con abundancia de ejemplos, que el compadrazgo entre las empresas privadas de salud y numerosas clínicas ha causado un daño terrible a los ciudadanos y a las propias finanzas del sistema. Hoy esas empresas, a través de lo que se conoce como “integración vertical”, controlan casi todas las clínicas donde deberían atender a sus pacientes. O son suyas, o de sus empresas subsidiarias, o de sus parientes.

Lo decepcionante es que la reforma propuesta por el Gobierno, en su artículo 32, mantiene intacto ese mismo vínculo vicioso entre las clínicas y las nuevas “gestoras”, que en apariencia sustituirán a las EPS. Lo que se persigue con eso, naturalmente, es seguir impidiendo, como ha pasado hasta ahora, que el ciudadano escoja la clínica que le provoque.

Intentan, además, que los colombianos no consuman servicios de salud y no les ocasionen “tantos gastos” a los empresarios. Lo inexplicable son las razones del Gobierno para participar en esa manipulación.

-No sé cuáles sean -me responde un antiguo viceministro-. Pero la única manera de desarrollar un buen régimen de salud en Colombia es que, con la historia clínica de cada quien incluida en un sistema de computador en línea, el paciente pueda escoger libremente su médico y su clínica.

Si a los servicios de medicina general les permitieran abrir sus consultorios los fines de semana, y en horarios nocturnos extendidos, se descongestionaría la cantidad de consultas, disminuiría el tiempo de espera para una cita y podría remediarse la incontenible presión de los usuarios sobre las secciones de urgencia, que se están cerrando de manera acelerada en

todo el país.

-Hoy -comenta el exfuncionario-, esos servicios primarios están secuestrados por las EPS. Y lo peor es que con la reforma seguirán secuestrados por las nuevas gestoras de salud.

El ratón y el queso

Miren esto: como ya dije arriba, la reforma propone eliminar el organismo denominado Fosyga, que redistribuye los recursos del sistema de salud. El proyecto dice que, mientras inicia su trabajo el fondo que lo sustituye, llamado SaludMía, las EPS y las nuevas gestoras de salud “podrán adelantar dichas funciones”. ¿Qué sentido tiene insistir en que el ratón siga cuidando el queso?

Si las EPS fueron el principal responsable del desastre del sistema, y ocasionaron el desvío y la pérdida de cifras billonarias, ¿por qué se les entregan, precisamente a ellas, y aunque sea temporalmente, las tareas del organismo que habrá de reemplazarlas? Esa es una de las contradicciones más monumentales en el proyecto del Gobierno.

Las nuevas EPS, que en adelante se llamarán “Gestoras de Salud”, seguirán siendo el ratón: contratarán la red de servicios, definirán cuánto pagan por eso y, además, auditarán las cuentas. Serán, pues, juez y parte. La reforma tampoco dice con base en qué tarifas se definirán los pagos por servicios prestados. Usuarios, médicos y trabajadores de la salud seguirán siendo el queso.

-El Gobierno debería recordar que la calentura no está en las sábanas y que la crisis del sistema no se resuelve vendiendo el sofá -comenta el exministro Alonso Gómez-. Las resoluciones, decretos y leyes aprobados hasta ahora no apuntan a resolver el problema, sino a corregir algunas alteraciones. Pañitos de agua tibia.

El doctor Gómez agrega que, desde hace veinte años, vivimos en una situación caótica: “Complicaciones con los servicios médicos, con los servicios hospitalarios, con los servicios farmacéuticos y, como si fuera poco, complicaciones recientes con la educación médica”.

Dosis y cucharada

El que viene a continuación es uno de los aspectos más inquietantes de la reforma presentada por el Gobierno. Se trata, nada menos, que del cubrimiento a que estaría obligado el nuevo sistema de salud.

Días antes de ser radicado el proyecto de ley ordinaria ante el Congreso de la República, los

ministros de Salud y Hacienda concedieron una rueda de prensa para explicar sus alcances. Allí dijeron que, para reemplazar al Plan Obligatorio de Salud (POS), la reforma crearía un nuevo, llamado MiPlan, que cubriría todas las necesidades de salud de los colombianos. Aclararon, sin embargo, que habría una lista de servicios excluidos a los que, por tanto, el sistema no atendería.

Los ministros no aclararon cuáles serían esas excepciones, y muchos ciudadanos pensaron que, ante esa situación, seguirá la avalancha de tutelas que los colombianos emplean para defender su derecho a la salud. Aunque en el proyecto se mencionan unos “criterios para definir exclusiones”, y se advierte que para tomar tales decisiones deberá garantizarse “la participación social”, lo cierto es que el texto no especifica cuáles serían los servicios excluidos: ni medicamentos, ni intervenciones ni procedimientos médicos. Ingenuo que es uno, me sentí dichoso de que así hubiera sucedido. Por fin un servicio completo.

No obstante mi alegría, la verdad es que me carcomía un reconcomio de periodista ante tantos equívocos. Algo estaba pasando. Comprendí que la cosa no es tan fácil ni tan inocente. “En todo esto hay una dosis de redacción confusa revuelta con una cucharada de malas intenciones”, me advirtió otro especialista en políticas de salud. Ustedes, usuarios resignados, dirán que eso no es nada nuevo y que es lo mismo que ocurre hoy con el llamado Plan Obligatorio de Salud (POS), que está lleno de trampas para no cubrir las necesidades de la gente. No, no es lo mismo que el POS: es peor. Ya se los explico.

Cacería contra la tutela

La tutela ha sido, sin lugar a dudas, uno de los mejores inventos de la Constitución del 91. Ante una justicia viciosa, como la colombiana, la gentecita acude a ella para defender sus derechos. Me gustaría saber cuántos enfermos se han salvado gracias a la tutela. Las normas vigentes, como la famosa Ley 100 de 1993, definen la salud como un “servicio público esencial”. El adjetivo que acabo de subrayar (“esencial”) tiene un valor extraordinario: significa que ese servicio está relacionado con un derecho fundamental, es decir, un derecho consagrado en la Constitución Nacional. Un derecho intocable.

Para proteger esos derechos, los ciudadanos acuden a la tutela. Acudían, mejor dicho, porque ahora, al revisar con pinzas de joyería el proyecto de reforma gubernamental, encuentro que el artículo 2 dice: “Ámbito de la ley. La presente ley regula la forma en que el Estado organiza, dirige, coordina y controla la prestación del servicio público de salud y los roles de los actores involucrados”.

¿De modo que de aquí en adelante la salud será solo un servicio público simple, común y

corriente, como la recolección de basuras? ¿Por qué le quitan ahora la palabra “esencial”, que tiene desde hace veinte años? ¿Para que deje de ser un derecho constitucional y la gente no pueda poner su tutela? ¿Qué dice la Corte Constitucional?

Ya lo saben: los pobres, a seguirse muriendo en la puerta de los hospitales. Lo mismo de siempre, repetirán ustedes, que nunca se indignan ni protestan. Sí, pero esta vez ni siquiera tendrán el consuelo de entablar una tutela, como antes. “El Gobierno debería entender que la verdadera solución social consiste en crear un plan único para ricos y pobres”, me dice el exministro Gómez.

¿La reforma no tiene nada bueno?

Esta letanía se está volviendo interminable. Por eso, buscando algo positivo, le pregunto a un viejo amigo, que fue superintendente de salud, si este proyecto de reforma no tiene nada bueno. Le pido que me señale tres o cuatro ángulos beneficiosos.

-Es imposible hacerlo -responde él, sabiamente- sin tener en cuenta el contexto de la ley, su cuerpo completo. Cada ley debe examinarse como un todo, como un conjunto, y no a retazos, con pedacitos buenos y pedacitos malos. Yo solo puedo valorar ese proyecto en forma integral. Eso es lo que me permite concluir que en poco o nada mejorará la situación de los pacientes.

Un exsecretario de la alcaldía de Bogotá, reputado como perito en la materia, coincide con la opinión anterior, a cuyo autor no conoce, y lo explica con un ejemplo gráfico.

-Es muy buena la idea de irrigar la plata de la salud hacia departamentos y municipios -dice-, pero sin quitársela de las manos a la politiquería no servirá de mucho. Que las EPS no controlen más la plata del sistema es excelente, ¿pero para centralizarla en una sola mano, la del Ministerio de Salud, que es dominado por los políticos marrulleros?

Epílogo con bambuco

Finalmente, hay que hacerse esta pregunta, una más, muchas más: ¿quién garantiza que con esta nueva reforma el pueblo colombiano podrá gozar, por fin, de su derecho a la salud?

Varios ejemplos recientes no dejan espacio para el optimismo. Por el contrario. Los aspectos más importantes de la Ley 1122, que también reformó el sistema en el 2007, nunca merecieron una reglamentación del presidente Uribe, no obstante contener evidentes beneficios para los ciudadanos. Se quedaron en el limbo. Cuatro años después, en el 2011, se aprobó la Ley 1438 con los mismos propósitos. El presidente Santos también se hizo el de

la vista gorda y tampoco hubo reglamentación alguna.

Por lo menos en eso, los señores Uribe y Santos parece que estuvieran de acuerdo.

A punto ya de terminar estas anotaciones, recuerdo que, por allá en los años 40, durante la violencia entre los dos partidos políticos, los campesinos del Tolima recogían las cosechas mientras iban entonando una parodia de aquel bambuco famoso:

Ganen los conservadores / o suba el liberalismo, / que pa' joder a los pobres / todos resultan lo mismo.

JUAN GOSSAÍN

Especial para EL TIEMPO

http://www.eltiempo.com/politica/reforma-de-la-salud_12787303-4