

CUATRO REFLEXIONES INICIALES SOBRE LOS DECRETOS DE LA EMERGENCIA SOCIAL EN SALUD.

Los diez decretos promulgados por el gobierno nacional al amparo de la declaratoria de emergencia social en salud constituyen la mayor ofensiva gubernamental por radicalizar y salvar el modelo implementado por la ley 100 de 1993. Ante la gravedad de las medidas que se pretenden tomar, la diversidad de los temas tratados, y la magnitud de los intereses en juego, resulta imposible en la práctica que alguien pretenda abordar la totalidad del problema y de sus implicaciones. Es posible en cambio que de la progresiva sedimentación de los múltiples estudios y debates que se venían dando, y que se han agudizado con la promulgación del paquete de decretos, hasta configurar un verdadero “estado de opinión en salud”, resulte finalmente una comprensión inteligente del problema real de la salud y la seguridad social en Colombia, una valoración madura del modelo vigente y de las sucesivas reformas y ajustes que se le han hecho y, sobre todo, algunos lineamientos claros de lo que puede y debe ser un sistema de salud y seguridad social equitativo, universal, de calidad, financiable y en el que la salud y el bienestar individual y colectivos estén por encima de los imperativos del mercado y el consiguiente lucro de algunos a expensas del dolor, la enfermedad y la muerte de otros. Las reflexiones siguientes pretenden contribuir a reconocer algunos de los núcleos del problema y a estimular el debate y la búsqueda de alternativas.

1. La justificación de la emergencia y los decretos. Hace rato que el país vive en emergencia social. Los informes de la Defensoría del Pueblo en 2006, de la Procuraduría General de la Nación en mayo de 2008 y de la Contraloría el año pasado, documentaron la gravedad de la situación del país en salud y seguridad social y advirtieron sobre lo que podría seguir. Y la sentencia T-760 de la Corte Constitucional en julio de 2008 ordenó correctivos y trató de salvaguardar el derecho a la atención en salud hasta el límite permitido por el modelo.

Los incrementos en las tasas de desempleo y de la informalidad laboral; las múltiples investigaciones e informes sobre la persistencia de la pobreza, el crecimiento de la indigencia y la profundización de las iniquidades económicas, culturales y de género; las complejas formas de las violencias urbanas, con tasas alarmantes de homicidio en algunas de las principales ciudades del país; los 13.5 millones de colombianos y colombianas que se estima siguen por fuera del sistema de salud, dieciséis años después de la implementación de un modelo justificado en buena parte por la urgencia de la universalización del aseguramiento y el acceso a los servicios; las 328.191 tutelas reconocidas por la Corte Constitucional como interpuestas para proteger el derecho a la salud sólo entre 1999 y 2005, y el alto grado de corrupción que se ha ido generando en los distintos niveles tanto del sector público como del privado configuran, quién lo duda, una verdadera emergencia social en general y en salud en particular y demandan soluciones y medidas de fondo.

Pero, cuándo, por qué motivos y para qué la declaró el gobierno? La declaró el 23 de diciembre, la misma fecha en que hace dieciséis años se expidió la Ley 100. 100.

Con una vigencia de un mes, justo el período de vacaciones. Y motivada por tres razones fundamentales: las dificultades y los riesgos financieros del sistema; los altos niveles de corrupción y el exceso de abusos; y, en consecuencia, el riesgo del colapso económico del sistema. El tipo de tratamiento ofrecido a esta especie de paciente en estado crítico y las finalidades reales de la declaratoria de emergencia aparecerán con claridad en los diez decretos – del 126 al 135 de 2010 – cuyo sentido y contenido se esboza a continuación. Baste por ahora plantear como hipótesis que el tratamiento ha sido sintomático, que será peor el remedio que la enfermedad y que si bien el gobierno puede ganar este asalto si logra que el Congreso y la Corte Constitucional lo secunden, la salud y el bienestar de los colombianos han sufrido el golpe más fuerte y dañino después de la expedición de la ley 100 de 1993.

2. La radicalización mercantil del modelo. Siete de los diez decretos mencionados se dedican en su totalidad a la cuestión de la asignación, la distribución, el flujo y el control de los recursos del sistema. Los tres restantes – el 126, el 128 y el 131 – cumplen el papel de acomodar la concepción y la racionalidad científica, ética, jurídica penal y operativa del sistema a los imperativos de los dos intereses económicos que motivan el ajuste: los del Estado, para seguir reduciendo su gasto en salud, aliviar el déficit fiscal y reforzar la confianza inversionista, y los privados, expresados en la garantía del equilibrio financiero del sistema, es decir: la certeza de los márgenes de ganancia y el triunfo de la lógica del mercado. En adelante, por tanto, el criterio esencial de cualquier decisión médica o del andamiaje técnico-científico y burocrático del modelo no será el bienestar o la recuperación de la salud de los enfermos -ahora usuarios- sino que será dual: tendrá que ceñirse además a estándares obligatorios de manejo para poder garantizar el costo beneficio, el obsesivo equilibrio financiero del sistema, y caber dentro del estrecho paquete de eventos e intervenciones autorizadas –POS- y del limitado y finito techo presupuestal del sector. Lo demás quedará ahora como “prestaciones excepcionales en salud”, cuya sigla puede ser por tanto PES. Conviene aclarar de paso que es aun muy oscuro e incierto qué incluirá finalmente el POS. Todo indica que se nivelará por lo bajo, y los decretos, en especial el capítulo II del 131, dan pistas claras cuando advierten que se centrará en acciones de prevención, en intervenciones de baja complejidad y en atenciones de medicina y odontología generales. Sin duda el PES será mucho mayor que el POS.

Y quién pagará las PES? Al terminar de leer los decretos quedan pocas dudas de que el peso de las PES caerá definitivamente sobre el bolsillo de los usuarios. Con dos agravantes. El primero: que para lograr algún aporte del sistema será necesaria una tal tramitología ante los propuestos Comité Técnico de Prestaciones Excepcionales en Salud y Fondo de Prestaciones Excepcionales en Salud, FONPRES, - decreto 128, capítulos I y II - que es muy posible que la muerte y el pago directo terminen siendo anteriores al fallo del Comité y al aporte del Fondo. Y, segundo, que previa la indagación que se hará sobre los ingresos, ahorros, saldos bancarios o sin comprometer en cesantías y pensiones personales, se hurgará también, óigase bien, la capacidad de pago del grupo familiar –decreto 128, artículo 15 –, el usuario y su familia terminarán pagando en su totalidad o en buena parte las PES. Esto es contrario a cualquier enfoque de protección social. Por suerte el decreto es generoso y en su artículo 16 ofrece facilidades de pago mediante créditos bancarios respaldados por el patrimonio personal y familiar del usuario. Además, el capítulo III del

decreto 131 se dedica a promover la compra de planes voluntarios de salud para evitar las penosas eventualidades anteriormente enunciadas.

Con el doble mecanismo de reducir en la práctica el POS y ampliar las PES, obligando a los usuarios a asumir casi en su totalidad su financiamiento, el gobierno busca suturar una de las que él considera venas rotas del sistema, tranquilizar a los empresarios del sector y, de paso, volver las tutelas un bumerán. Quién se arriesgará ahora a poner una tutela si sabe de antemano que, aun fallada a su favor le implicará necesariamente, por fuerza de los ajustes del sistema, una alta erogación adicional de su bolsillo y el de su familia? Pero, como se planteó en la hipótesis inicial el tratamiento, aunque agresivo, es sintomático.

En su propia lógica el sistema no funciona en buena medida porque fue concebido para una sociedad con pleno empleo. Dieciséis años después de haberse implementado hay dos fenómenos concretos en el mundo del empleo que imposibilitan su funcionamiento : que el desempleo, con altibajos, tiende a crecer, y que la informalidad laboral se ha incrementado a niveles insospechables en 1993. Para el modelo esto se traduce en que el denominado régimen contributivo en lugar de haberse expandido se vaya reduciendo progresivamente y, en consecuencia, que el régimen subsidiado siga en expansión. Hoy, según las cifras del propio ministerio de la Protección Social, de la población cubierta por el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- el 54% pertenece al régimen subsidiado, 6% a los llamados regimenes especiales y 40% al contributivo. Más grave aun: de los 17 millones de afiliados que tiene el régimen contributivo, sólo 6 tienen empleo formal. Pero lo peor es que en la realidad un número estimado en 13.5 millones de colombianos y colombianas siguen todavía sin acceso real al SGSSS, evidenciando así el fracaso de un modelo justificado en su momento con el argumento de que antes de empezar este milenio lograría la universalización del aseguramiento.

Ni el desempleo ni la iniquidad creciente en Colombia, traducida en concreto en que cada vez más pocos ganan más mientras cada vez más ganan menos o no ganan nada, figuran en el mapa explicativo de la crisis del modelo. No se mira lo estructural. Se miran sólo las causas internas o los defectos y las deficiencias en el funcionamiento y claro, las soluciones propuestas son puntuales, formales y giradas a la cuenta de los que tienen poco o muy poco. Defecto de visión? La respuesta es un no categórico. Es que hay intereses que no sólo no se quieren afectar sino que se quieren mantener y cultivar. En el fondo es un juego de poderes, expresado en intereses, armado de una lógica y de argumentos aparentemente sólidos y orquestado por sectores académicos, tecno-burocráticos y medios de comunicación afines. Mientras esta lógica persista, los análisis y las propuestas seguirán en la misma dirección y con resultados cada vez peores. Lo que hay que transformar es el orden de poderes y de valores. Si la salud es una mercancía, todos a pagar por ella, el Estado a organizar y garantizar su mercadeo y algunos a enriquecerse cada vez más con ella. Pero si es un derecho humano fundamental – lo que implica entre otras cosas que no se puede supeditar el acceso a la capacidad de pago - y el Estado se asume y actúa como su principal garante para la sociedad en su conjunto, otra lógica y otros modelos son posibles y, aún con cierta limitación de recursos, se puede prestar servicios de calidad y mayor bienestar a todos. De hecho varios países, con muy distintas estructuras económicas y tendencias políticas tienen funcionando sistemas de salud que merecen tenerse en cuenta. Tal es el caso de Brasil,

Canadá y Cuba, por ejemplo. Aquí mismo varios sectores han pensado y formulado propuestas diferentes. Ya habrá tiempo de discutir las, mejorarlas y ojalá, de ponerlas a prueba.

3. El asalto a la ciencia y a la ética profesional. El intento de crear el Sistema Técnico-Científico en Salud –STCS-, decreto 131 de 2010, rebasa en mi opinión las expectativas de los partidarios del modelo y los topes razonables del sentido común y de las competencias científicas. La ambiciosa propuesta parece basarse en dos premisas. La primera: que un determinado enfoque y conjunto de normas y procedimientos en un campo específico del saber y del hacer humanos, forjadas a la medida de unos intereses particulares, puede convertirse en un modelo científico. Y la segunda: que un gobierno transitorio puede convertir dicho modelo, presuntamente científico, en verdad única y norma inviolable para ser aplicada a rajatabla en toda su jurisdicción. Se trata, en pocas palabras, del intento de dar legitimidad científica a la conversión mercantil de la salud. A más de definir los 6 principios del presunto STCS, de crear y definir la conformación del respectivo Organismo Técnico Científico para la Salud cuyas 10 funciones enuncia, el decreto se arriesga – artículos 15 y 16 – a señalar los criterios de verdad del nuevo sistema científico-técnico: la doctrina médica y los referentes basados en la evidencia, los cuales deben expresarse en guías para procurar “que la atención para una condición de salud sea de calidad, segura y efectiva y que procure el equilibrio financiero del sistema”. Pues bien, la ciencia es una realidad muy compleja, cambiante y diversa. Las distintas ciencias que aportan al conocimiento en salud – entre otras la química, la física, la economía, la genética, la inmunología, la historia y las matemáticas – aclaran, orientan, apoyan e interrogan, pero se resisten a convertirse en fórmulas utilitarias y en camisas de fuerza para el quehacer médico. Por su parte la medicina, que sin ser una ciencia sí ha logrado acumular con qué ser un campo científico, por trabajar con seres humanos diversos y problemas y enfermedades también diversas y cambiantes, es mucho menos dogmática, rígida e instrumental de lo que parecen entender los autores de esta propuesta. Y la evidencia, que parece ser el nuevo dios de la ciencia, cuya existencia es tan dudosa y que merece una discusión que trasciende el espacio de este material, es especialmente débil e incierta – es decir: casi inexistente – en el complejísimo campo de las enfermedades y del bienestar humano. Otra cosa es que se pretenda convertir en evidencia las verdades que más convienen, las más aceptadas en los centros de poder, o las que mejor desfilan en las pasarelas de las modas científicas. Por descontado que toda práctica, incluida la médica, requiere un mínimo de normatividad y de reglas del juego, sin las cuales se pierde identidad y se expone a la anarquía. De hecho siempre las ha habido en las distintas escuelas médicas. Pero de ahí a reducir las necesidades en salud a un estrechísimo listado de eventos y conductas y al dogmatismo en ciernes tras la estandarización y la elaboración de unas cuantas guías con los que se pretende configurar el STCS, con cierto olor a totalitarismo sanitario, hay una distancia abismal y muy riesgosa.

Como el proyecto que se perfila en los 10 decretos, como maximización de la ley 100 del 93, pretende ser compacto, no puede dejar de lado la espinosa cuestión de la ética profesional. Y lógico, busca ajustarla a sus medidas, a sus referentes ideológicos y a sus intereses estratégicos. Ya está claro que en el modelo que se trata de imponer las decisiones del acto médico u odontológico o de enfermería deben tomarse supeditando la

necesidad y mejor conveniencia del paciente a las pautas de manejo institucional y a los recursos disponibles del sistema en el momento. Obviamente el modelo premiará a quien mejor se ciña a sus preceptos y hará pagos por resultados, abriéndose también aquí la puerta para falsos positivos. Pero el proyecto es más osado. Llega sin temores hasta el núcleo ético elemental de la autonomía profesional. Evidenciando poco rigor y coherencia, define la autonomía como uno de los principios del STCS. "Autonomía: el conocimiento generado en el STCS se desarrollará en condiciones de independencia intelectual" –ley 131, artículo 2 -. Y poco más adelante, contrariando y negando lo anterior, ordena redefinir la autonomía en los siguientes términos textuales. "Entiéndase por autonomía de las profesiones médicas y odontológicas la prerrogativa que la sociedad les confiere para autorregularse, de acuerdo con lo establecido en este artículo, mediante estándares que una vez adoptados, son de obligatorio cumplimiento"- ley 131, artículo 23, parágrafo 1 -. Es algo así como decir que la autonomía es la atribución que tenemos para optar por no ser autónomos y aceptar acríticamente y por siempre una imposición ajena. Las consecuencias de esto serían nefastas sobre la relación médico-paciente, odontólogo- paciente, enfermera-paciente. La primera baja sería la confianza, condición fundamental para que tales relaciones funcionen y sean exitosas y curativas.

Y como el proyecto es de mano dura, buena parte de uno de los decretos, el 126, se dedica a las sanciones disciplinarias, económicas e inclusive a la eventual penalización de quienes se aparten del orden establecido. En el nuevo orden parece que será más grave y más severamente castigado apartarse de las guías de manejo y atentar contra la estabilidad económica del sistema – vale repetir: la plena garantía del margen de ganancia -, que poner en riesgo la vida del paciente por ignorancia o desidia.

Una última anotación acerca de las implicaciones potenciales del modelo ajustado propuesto sobre la formación y la actualización de los profesionales de la salud. Puede hacerse en forma de preguntas simples. ¿Cuál será el papel real de las escuelas de formación en salud – y en especial las del sector público - dentro del modelo ajustado? ¿Qué tipo de valores, conocimientos y tecnologías deberán enseñarse a l@s estudiantes que trabajarán bajo el imperio de estos decretos? ¿Se justifica gastar cinco, seis o hasta diez años formando gente cuyas tareas van a ser mucho más mecánicas y autómatas que creativas y autónomas? ¿No será más realista reemplazar las viejas, costosas y cuestionadas facultades del área de la salud por politécnicos funcionales, económicos y más eficientes? Es claro además que la investigación científica no está entre las prioridades del modelo en cuestión y que a la entidad rectora de esa área en el país la convocan a jugar un papel instrumental. Por tanto la importante aunque todavía incipiente investigación científica - es decir: de verdad – en salud y en salud pública, sufrirá un golpe de características letales, siendo previsible, en consecuencia, el auge de los estudios funcionales, pragmáticos e inmediatistas.

4. Ganadores, perdedores y posibles beneficios colaterales. Si no hubiera posibles o seguros ganadores, sólo los 14 firmantes habrían salido a defender el paquete de reformas en discusión. Pero no. Ya se advirtió que esto es un juego de poderes, enfoques e intereses. Y en todo juego hay ganadores y perdedores. A riesgo de exclusiones involuntarias, se

enuncian apenas algunos de los posibles ganadores y de los seguros perdedores, terminando con el reconocimiento de algunos posibles beneficios colaterales.

- Posibles ganadores: las empresas encargadas de la afiliación, el recaudo y el manejo de las cotizaciones de los afiliados – mal pero legalmente llamadas Empresas Promotoras de Salud - y todos los empresarios nacionales y transnacionales de las distintas ramas del sector salud y de algunos sectores afines; las finanzas del Estado, que reemplaza su deber de garantizar efectivamente el derecho a la salud de la población, por aportes puntuales y por actuar como garante de las ganancias del sistema, y que se beneficia con jugosos rendimientos y ágiles operaciones financieras con el dinero aportado por los afiliados cotizantes al SGSSS; la tecno-burocracia institucional nacional e internacional; y los afortunados, limitados y finitos pacientes que logren ganar antes de la muerte la carrera de obstáculos para que alguno de los Fondos del sistema los asista reconociéndoles por fin como derecho contractual aquello que les correspondía desde siempre como seres humanos.

- Seguros perdedores: todo aquel que tenga la desgracia de padecer o llegar a padecer una enfermedad de mediana o alta complejidad y gravedad; las familias del mismo grupo anterior, en especial las de los estratos medio y medio-alto; los profesionales de la salud: médicos, enfermeras, odontólogos, auxiliares de enfermería, no sólo por sus condiciones salariales sino – y quizá principalmente - por la inminente degradación de su ejercicio profesional y de sus condiciones de trabajo; la red pública hospitalaria, ya maltrecha y que tendrá mayores recortes en sus posibilidades y presupuestos, menos contratos y un ordenamiento que niega su naturaleza y menosprecia su misión; las escuelas de formación en salud, en especial las del sector público, que tendrán una inevitable crisis de identidad y objetivos, y que recibirán las mayores presiones por amoldarse o desaparecer; la tutela, que de recurso se convertirá en riesgo para los pacientes; y la salud pública, que ya había sido víctima de la ley 100, a quien no le alcanzó el respirador artificial que se le instaló con el decreto 3039 de 2007 y a la que le corresponderá ahora nadar contra corriente para volver a decir y a hacer valer que la salud no es un negocio, que el bienestar humano es la razón de ser de las sociedades y de los Estados, y que éstos deben ser garantes y no negociantes con la salud del pueblo.

- Posibles beneficios colaterales: incremento de los mecanismos de vigilancia y control en el sector; que por fin se preste el cuidado debido en la atención “inicial” de urgencias - este inicial es el origen del “paseo de la muerte”, ha sido y seguirá siendo fatal (final) para muchos, y seguirá también legitimando muchas omisiones-; y el mayor y más deseable beneficio colateral: que ojalá por fin este duro golpe provoque una reacción colectiva que permita no sólo impedir que este paquete de decretos se legalice y aplique, sino también avanzar organizada, democrática e inteligentemente en la construcción y aplicación de un ordenamiento social y un modelo de salud y seguridad social basado en la equidad, la universalidad, la dignidad humana y el reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental.

El Congreso de la República y la Corte Constitucional tienen la primera oportunidad y responsabilidad para frenar el avance del paquete. Pero es a todos los seguros perdedores y enunciados, a las organizaciones sociales, populares y políticas, a los sectores gremiales y

sindicales de la salud y de áreas afines, a las instituciones académicas, universitarias y de investigación y a la intelectualidad que perciba la magnitud de lo que está en juego, a quienes corresponde pasar del lamento y la crítica al enriquecimiento del debate público sobre la salud, a la formulación de análisis rigurosos y de propuestas alternativas sólidas y viables, y a la necesaria movilización social por el derecho en serio y de verdad a la vida y a la salud en Colombia. Se impediría así el paso de la emergencia en salud a la hecatombe social.

Saúl Franco.

Director Ejecutivo

Fundación Educación para la Democracia y la Paz –DEMOPAZ–.

Bogotá, 28 de enero de 2010.

q