



EL DERECHO A LA SALUD Y LA PANDEMIA EN COLOMBIA¹

El presente documento es un balance de las políticas relacionadas con la garantía del derecho a la salud, por parte del Gobierno colombiano, durante el primer año de la pandemia. Teniendo en cuenta los datos disponibles, presentamos en este documento los problemas de acceso, condiciones laborales, factores de riesgo (como el acceso al agua potable) y problemas estructurales debido al modelo de salud). Al final realizamos algunas recomendaciones al Gobierno nacional, al personal de salud, a las organizaciones de derechos humanos y a la sociedad.

Los debates sobre el sector salud, la pandemia, los problemas estructurales derivados de la ley 100, las condiciones laborales del personal de salud y otros tantos de una larga lista, afloran con intensidad y preocupación en medio de la pandemia y las medidas tomadas por el Gobierno nacional desde marzo de 2020.

Por ejemplo, las demoras que tuvo el Gobierno nacional para cerrar los aeropuertos una decisión altamente criticada por la sociedad por favorecer el mercado de las aerolíneas pero, a pesar de la presión mediática y social, permitió que se mantuviera una puerta de ingreso del virus al país. Y un segundo ejemplo es el desembolso de 17 billones para los bancos², antes incluso que definir desembolsos para el sector salud, lo que deja claro las prioridades del Gobierno nacional.

Desde el 6 de marzo, día en que se registró el primer caso, hasta el 30 de noviembre del año 2020, se habían registrado en Colombia más de 36.000 muertes y más de 1.300.000 personas contagiadas. Además se presume un alto nivel de subregistro. Las gráficas de los primeros meses,³ muestran el ascenso exponencial sin que se logre el famoso fenómeno de “aplanamiento de la curva”, meta que el Gobierno nacional mencionó en repetidas ocasiones.

¹ Víctor de Currea-Lugo, PhD, MD. Texto para la Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. (Versión del 19 de abril de 2021)

² “Banco de la República pone billonario respaldo a economía por covid-19”. El Tiempo, 15 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/economia/sector-financiero/recursos-que-pone-el-banco-de-la-republica-para-enfrentar-el-coronavirus-472248>

³ Gobierno de Colombia: “Comportamiento del Virus en Colombia”, 30 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/estadisticas-covid-19/comportamiento-covid-19.html>

1. ACCESO A LA ATENCIÓN, PEOR EN LA PANDEMIA

Uno de los ejes de discusión tiene que ver con el acceso a los servicios de salud. Hay que precisar que ya había un déficit previo de acceso, con sesgos entre población rural y población urbana, entre zonas periféricas y zonas centrales, entre poblaciones subsidiadas y del régimen contributivo. Pero además de ello, el acceso no es solamente un problema de tener un carnet, tampoco a un médico general, sino que hablamos del acceso efectivo: acceso a especialistas, a tratamientos y a las terapias del caso.

Si bien es cierto que hay una mayor facilidad para acceder a servicios básicos de salud, también hay una gran preocupación por las listas de espera a especialistas y a tratamientos, que son determinantes entre la vida y la muerte como en los casos de cáncer u otras enfermedades. La crisis preexistente en el sector salud, casi totalmente privatizado, y el mal manejo de los recursos del Estado han hecho que los efectos de la pandemia en la sociedad sean más profundos.

De igual manera, debe tenerse en cuenta el impacto tan alto que ha tenido el virus en las zonas más apartadas, por ejemplo, en el departamento del Amazonas. Además, estas regiones periféricas y empobrecidas tenían una mayor tasa de subregistro. Esto se observa, por ejemplo, en la distribución, según el DANE, de la mortalidad por la Covid-19 entre los diferentes grupos de población⁴.

Revisando el tema del acceso a la salud por estratos, vemos que hay una gran diferencia entre ellos. Esto se agrava aún más si consideramos el impacto de la pandemia. Con esta, se dio un aumento de las barreras para acceder a los servicios de salud.⁵

Una muestra podría verse al analizar el número de personas sin atención médica oportuna y especializada. Las deficiencias muestran que la mayoría de las defunciones ocurrieron sin que el contagiado recibiera atención en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).⁶

Casi el 90% de las muertes de la pandemia están ubicadas en los primeros tres estratos y alrededor del 67% de las muertes se producen en los estratos 1 y 2. Es decir, no es cierto que el virus, la pandemia y la cuarentena hayan afectado por igual a todas las personas, sino que hay un sesgo claro de origen socioeconómico a la hora de examinar el impacto real. De acuerdo con las cifras del Banco Mundial, a los ricos en Colombia les toca 55,7%

⁴ Petro, Gustavo: “¿Un pacto histórico?”, Cuarto de Hora, 19 de julio de 2020. Disponible en: <https://cuartodehora.com/2020/07/19/un-pacto-historico/>

⁵ “Pandemia del Covid-19 aumentó las barreras para acceder a la salud”, *El País*, Cali, abril 28 de 2020. Disponible en: <https://www.elpais.com.co/colombia/pandemia-del-covid-19-aumento-las-barreras-para-acceder-a-la-salud.html>

⁶ Ver en: https://colombia.as.com/colombia/2020/06/19/tikitakas/1592566043_203159.html (datos a la fecha del 19 de junio de 2020).

de todo el ingreso nacional. Mientras nueve millones más pobres se reparten apenas 3,9% del ingreso total.⁷

Hay dos preguntas entrelazadas y una es si el sistema de salud estaba preparado para asumir de manera solidaria y universal la atención de esta crisis y, la segunda, si el sistema de salud colombiano corresponde a la realidad del país: a sus necesidades socioeconómicas, a la promesa del derecho a la salud que está contenida en la Constitución Política de 1991, a los desequilibrios entre el área rural y el área urbana, a la presencia de enfermedades llamadas tropicales, a los problemas reales de acceso, y a la necesidad de un modelo económico más incluyente y, por tanto, contrario a las premisas neoliberales.

En este sentido, todo lo anteriormente dicho no puede considerarse hallazgos independientes o coyunturales. No son independientes los problemas de acceso a los servicios de salud, los servicios de alimentación, ni de agua potable, como tampoco lo son las deficientes condiciones laborales del personal de salud exacerbadas en medio de la pandemia.

Tampoco son coyunturales las decisiones del Gobierno nacional con las que, por ejemplo, privilegió al sistema financiero en el primer mes de crisis, antes que a los hospitales. Igualmente, se destinó una serie de recursos para las Empresas Promotoras de Salud (EPS) antes que la asignación de recursos directamente en los hospitales para que ellos dotaran de equipos de bioseguridad al personal de salud.

Es decir, las medidas no fueron erráticas fruto de la falta de información o de la confusión por la novedad de la enfermedad, sino que fueron decisiones deliberadas y sistemáticas que fueron tomadas bajo la óptica de un sistema de salud y de un sistema económico preexistente: salvar y favorecer al capital financiero y el mercado de la salud, antes que a los derechos de las personas.

Como es conocido en Colombia, existe el mecanismo constitucional de tutela que permite la protección por vía del juez constitucional por derechos reconocidos en la normatividad colombiana.⁸ Uno de ellos es el derecho a la salud, derecho que se reconoce como tal, y no en conexidad con el derecho a la vida,⁹ es decir, un derecho que tiene vida propia. Para proteger tal derecho, la sociedad ha echado mano de la tutela de una manera sistemática

⁷ Hernández, Gonzalo: “El dato de la desigualdad en Colombia”, El Espectador, 5 de marzo de 2019. Disponible en: <https://www.elespectador.com/opinion/el-dato-de-la-desigualdad-en-colombia-columna-843177/>

⁸ “Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública”, Artículo 86, Constitución Política de Colombia

⁹ Ver: Corte Constitucional, Sala Plena, Sentencia SU-111 de 1997, MP: Eduardo Cifuentes Muñoz; y Corte Constitucional, Sentencia C-1204, septiembre 14 de 2000, MP: Alejandro Martínez Caballero.

y frecuente. Ese sobreuso de la tutela no es responsabilidad de las personas, sino de las instituciones que no cumplen con los mandatos legales.

Incluso, los que afirmamos que la ley 100 ya es un sistema con exclusiones, limitaciones y sesgos, consideramos que el derecho a la salud va mucho más allá de lo actualmente reconocido; sin embargo, lo que llama la atención es que la gran mayoría de tutelas son presentadas por tratamientos y terapéuticas que ya están reconocidos dentro de esa limitada ley 100¹⁰. En este sentido, lo que se está defendiendo ahí es solamente una parte del derecho a la salud, el que deriva de ese régimen contractual basado en la mercantilización de la salud y que ni siquiera es cumplido por las instituciones que debieran hacerlo. Además de ello, el Estado no asume un papel de responsabilidad y liderazgo para que se cumpla con, por lo menos, lo reconocido en las normas.

Según la Defensoría del Pueblo, “cada 3.5 minutos se presenta una tutela por la salud”.¹¹ Este dato es relevante porque muestra: a) la sistemática violación al derecho a la salud, b) que el sistema de salud no cumple ni siquiera su propia oferta, en cuanto la inmensa mayoría de tutelas es por tratamientos ya reconocidos en la ley 100, c) que el Estado y, especialmente, el Ministerio de Salud no cumplen con su papel de supervisión y garantía del derecho a la salud, d) que urge una reforma de fondo al sistema actual.

Y esas restricciones graves que obligan a recurrir a la tutela se observaron también de manera marcada durante la pandemia. Por ejemplo, la Defensoría del Paciente Municipal de Cali reportó que las principales denuncias en abril de 2020 fueron por las barreras con los “Call Center” para solicitar las pruebas por Covid-19 (37,5%); las dificultades para acceder a medicamentos (35,9%); no acceso a los procedimientos médicos (7,6%), citas médicas (7,1%) y obstáculos para que algunos pacientes cuenten con los insumos que requieren (4,9%).¹²

2. CONDICIONES LABORALES MÁS PRECARIAS

Un segundo elemento que debe analizarse a fondo en el manejo de la pandemia es el relacionado con las condiciones laborales del personal de salud. En términos generales, las tres cosas que más destacan son: el aumento del horario laboral, el aumento de la carga laboral, y la disminución del salario.

¹⁰ Defensoría del Pueblo: “La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2019”, Bogotá, 2020. Disponible en: <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Estudio-La-Tutela-Derechos-Salud-Seguridad-Social-2019.pdf>

¹¹ “Cada 3,5 minutos se presenta una tutela por la salud”, *El Tiempo*, Bogotá, 25 de diciembre de 2016. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16780022>

¹² “Pandemia del Covid-19 aumentó las barreras para acceder a la salud”, *El País*, Cali, 28 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.elpais.com.co/colombia/pandemia-del-covid-19-aumento-las-barreras-para-acceder-a-la-salud.html>

Esas tres medidas fueron observadas y documentadas de manera continua, por parte del grupo de “Monitoreo Crítico de Condiciones de Trabajo y Bioseguridad del Personal de Salud”, compuesto por 30 organizaciones de trabajadores del sector salud, publicado el 18 de agosto de 2020.¹³

Pero no se trata solamente de unas condiciones laborales injustas, sino que, como se incluye en el citado reporte, más del 31% del personal de salud evidenció discriminación por parte de la sociedad al considerarlos agentes de contagio en medio de la pandemia.¹⁴

Estos tres hallazgos en medio de la pandemia son parte del debate por las condiciones laborales, pero no son más que la punta del iceberg de unas condiciones estructurales como las siguientes: más del 43% del personal de salud tiene un tipo de vinculación indirecta, es decir, mediante terceros, lo que permite una mayor vulneración de los derechos laborales. Por esta razón, en medio de la pandemia, muchas veces los hospitales (y las IPS en general) no asumieron las medidas de bioseguridad necesarias y (precisamente por la flexibilidad laboral a la que están expuestos) las medidas de aumento de carga laboral o de disminución salarial no podían ser contestadas de manera eficaz.

La pandemia es también una forma de medir la capacidad de respuesta que tiene un país frente a la seguridad social ante una crisis, pero lo cierto es que no se puede dar una respuesta efectiva a semejante reto si el número de personas con contrato indefinido es apenas inferior al 35%.

El Gobierno nacional al igual que las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) se pasaron las responsabilidades sin que finalmente nadie las asumiera de manera adecuada. Por esto, a los cinco meses de la pandemia ya el 64% del personal sanitario manifestaba no haber recibido equipos de protección personal de forma adecuada¹⁵. Para entonces, las cifras en términos de bioseguridad seguían siendo dolorosas; y a comienzos de diciembre de 2020 ya teníamos más de 170 personas del sector salud muertas por la Covid-19.

3. FACTORES DE RIESGO: ¿SIN AGUA POTABLE ES POSIBLE LA PREVENCIÓN?

La pregunta central es ¿por qué otros países han reportado un impacto menor en términos de mortalidad? o ¿cómo ha sido la respuesta estatal en términos de subsidios y apoyos a las personas más vulnerables en medio de la crisis? Sabemos que la respuesta no

¹³ Informe completo disponible en: <http://victordecurrealugo.com/wp-content/uploads/2020/08/boletin-n.3-17-agosto-2020.pdf>

¹⁴ Tercer boletín de Monitoreo Crítico de Condiciones de Trabajo y Bioseguridad del Personal de Salud. 18 de agosto de 2020. Disponible en: <https://www.oceinfo.org.co/difusion/noticias/324-monitoreo-critico-de-las-condiciones-de-bioseguridad-boletin-003>

¹⁵ Tercer boletín de Monitoreo Crítico de Condiciones de Trabajo y Bioseguridad del Personal de Salud. 18 de agosto de 2020. Disponible en: <https://www.oceinfo.org.co/difusion/noticias/324-monitoreo-critico-de-las-condiciones-de-bioseguridad-boletin-003>

es fácil, porque la información disponible no siempre es concluyente, porque el análisis epidemiológico contiene muchas variables (desde mutaciones virales hasta características genéticas de la población afectada), pero no por ello podemos negar ciertas obviedades.

Eso necesariamente nos lleva a la discusión sobre un concepto que, en términos de salud pública, es determinante tanto para las pandemias, las epidemias y en general para el análisis de todas las enfermedades: y los “factores de riesgo”. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene”.

Un concepto ampliamente discutido y aceptado por todas las instituciones es que el nivel de desnutrición de la población determina, en buena parte, la respuesta inmune. Sobre esto lo que se observa es la conjunción de dos elementos: la enfermedad impacta con mayor gravedad en personas con desnutrición, además, que las medidas de contención del virus (cuarentena y distanciamiento físico) dificultan aún más el acceso a los alimentos y al trabajo, como fuente de recursos.

También es de aceptación general que el derecho a la salud está íntimamente relacionado con otros derechos, como el derecho a la alimentación y el derecho al agua potable, entre otros. En este sentido, las dificultades de nutrición de la población y el bajo acceso al agua potable deben verse como determinaciones sociales de salud.

En el caso de la pandemia lo que se observó, por lo menos en Bogotá, fue una serie de protestas, manifestaciones y bloqueos de calles de algunos sectores empobrecidos ante la marcada escasez de alimentos, con una directa relación entre el grado de pobreza, la ausencia de protección social y el número de personas contagiadas.

Si tenemos en cuenta que más de 2 millones de personas en Colombia no tienen acceso al agua potable, las medidas generales de higiene y saneamiento no son posibles de cumplir. Y la recomendación particular del lavado frecuente de manos tampoco puede garantizarse. Hay que recordar que esa deficiencia en el acceso al agua potable se debe en parte a una política estatal que fue promovida por el señor Alberto Carrasquilla Barrera, actual ministro de Hacienda, quien con su política de “bonos del agua” generó un grave impacto en los servicios de agua potable en muchos municipios.

En general, en Colombia, el suministro de agua potable en comunidades rurales es insuficiente. Poblaciones históricamente discriminadas son las más afectadas, entre ellas las de Guainía, Amazonas, Guaviare, Vaupés, Chocó y La Guajira. Véase, solo a manera de

ejemplo, el siguiente porcentaje de hogares con acceso a acueducto por departamento¹⁶. Téngase en cuenta que el acceso al agua potable es fundamental para la prevención del contagio.

4. EL SISTEMA, EL PROBLEMA

En términos del derecho a la salud se evidenciaron muchas afectaciones en medio de la pandemia, por ejemplo, la pésima atención a las personas internas en las cárceles, el abandono a los migrantes especialmente venezolanos, y el descuido a las personas que venían siendo atendidas por enfermedades crónicas. Igualmente se ve una grave disminución en la asistencia a los servicios de salud que se explica parcialmente por la Covid-19, pero también por un aplazamiento en la atención de otras enfermedades. Es decir, pareciera que con la excusa de la atención del coronavirus se hubieran descuidado otras enfermedades y los otros programas a los que el sector salud debía seguir respondiendo.

Otra observación es la demora en el suministro de medicamentos a pacientes crónicos. Hubiera bastado un servicio adecuado (tipo “call center”, por ejemplo) para renovar las prescripciones médicas, de tal manera que las personas pudieran acceder a su solicitud de tratamiento sin tener que acudir a los hospitales. Sin embargo, lo que se observó fue una marcada demora en este procedimiento.

La pandemia evidenció una vez más que la ley 100 no permite la autonomía del personal de salud, las decisiones médicas están sujetas, estaban y continúan sujetas a decisiones administrativas y prioridades financieras antes que a garantizar el derecho humano a la salud. Está tan incrustada dentro de los servicios de salud la demora en la tramitación de exámenes de laboratorio y la supeditación del criterio médico al criterio administrativo y financiero, que durante la pandemia muchas de las solicitudes de exámenes se han visto aplazadas o truncadas con diferentes argumentos. Parte de la recuperación de la autonomía médica implica la posibilidad de ordenar exámenes de laboratorio que el profesional considere necesarios para lograr un diagnóstico, antes que limitarlo solo por razones financieras.

Vale además subrayar que la respuesta frente a una epidemia depende de la fortaleza de los sistemas y servicios de salud pública y esos fueron precisamente desmontados en el marco de la ley 100.

La salud sigue siendo manejada más por mitos que por realidades. Por ejemplo, la idea expresada en las redes sociales de que los médicos cobrarían hasta 30 millones por cada muerto de Covid-19 o que había un “cartel del Covid”. Ese tipo de expresiones solo

¹⁶ DANE: “Encuesta Nacional de Calidad de Vida. ECV 2019”. Bogotá, julio de 2020. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2019/presentacion-ECV-2019-poblacion-campesina.pdf

contribuyen a distorsionar las relaciones médico-paciente, pero sobre todo a desviar el debate central, que es sobre el modelo de salud.

Retomemos algunos puntos ya mencionados para organizar el debate del derecho a la salud más allá de la pandemia. La Constitución Política de Colombia¹⁷, al igual que el derecho internacional de los Derechos Humanos, reconoce sin lugar a dudas la salud como un derecho humano. Dicho reconocimiento no depende de que esté en peligro la vida, ni tampoco se limita a la oferta de servicios de salud, sino que entiende la salud de manera integral y el deber del Estado para con las personas en su territorio como una obligación jurídica. Es decir, el derecho a la salud como tal no depende de que la vida esté en peligro, ni tampoco de las limitaciones de la ley 100.

La garantía del derecho a la salud es fundamental para el ejercicio de otros derechos, tales como la vida, el trabajo, la integridad personal, etc. Sin menoscabo de la universalidad de este derecho, hay un énfasis jurídico especial en la garantía del derecho a la salud a personas en una determinada situación de vulnerabilidad (niños, mujeres gestantes, inmigrantes, personas con discapacidad, etc.).

Por tanto, el derecho a la salud no puede estar mediado por la caridad estatal (práctica muy común en el pasado), ni mucho menos reducido a la lógica del mercado de servicios (lógica imperante en la región desde la privatización de servicios de salud hecha por Augusto Pinochet en 1985 en Chile). Hay una serie de deberes de prevención y promoción de la salud que está por encima y por fuera de la asistencia médica. Pero igualmente rechazamos el uso del discurso de la prevención, como un pretexto, con el fin de evadir los deberes asistenciales del Estado.

En la década de los años 1970, fueron formuladas las políticas neoliberales que buscan fundamentalmente reducir el papel del Estado a su mínima expresión, y dejar que servicios (como la salud) se rijan por la ley de la oferta y la demanda. Es en el contexto chileno, fruto del golpe militar de Pinochet, cuando los economistas de la Escuela de Chicago aplican sus recomendaciones. Así, el modelo de salud chileno se modifica en 1985 incluyendo nuevos elementos, entre ellos el de la intermediación financiera.¹⁸

El intermediario financiero (ISAPRE en el caso chileno y EPS en el caso colombiano) es aparentemente un mecanismo que buscaría la eficiencia y la eficacia de los servicios de

¹⁷ “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control...” Artículo 49, Constitución Política de Colombia

¹⁸ Para todo este debate, se puede descargar gratis el siguiente libro, De Currea-Lugo, Víctor: *Salud y neoliberalismo*, Universidad del Bosque, Bogotá, 2010. Disponible en: <http://victordecurrealugo.com/salud-y-neoliberalismo/>

salud. Pero lo observado, en ambos casos, es que el intermediario financiero, por su propia naturaleza, obedece a otras lógicas: a) en cuanto actor privado busca obtener ganancias que no se revierten en la población, b) su modelo de gestión busca la mayor rentabilidad y, por lo tanto, recurre a políticas de racionalización del gasto, c) el poder del lobby que realizan dichos empresarios de la salud les permite interactuar con las elites para garantizar desarrollos legales que le benefician, y d) la adopción de dicho modelo de intermediación (y su imposición a los países más pobres) por parte del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional han representado el desmantelamiento de hospitales públicos y, en general, la reducción de servicios de los sistemas nacionales de salud.

El ex vicepresidente del Banco Mundial, Joseph Stiglitz, reconoce que en este tipo de negociaciones, “a los países se les marcaban objetivos estrictos (...) en algunos casos los acuerdos establecían *qué leyes* debía aprobar el parlamento del país para cumplir con los requisitos u ‘objetivos’ del FMI”¹⁹. Sus ejemplos ilustran que los fracasos de tales medidas son numerosos: el recorte de subsidios a alimentos en Indonesia solo agudizó la crisis y el que se hizo a los programas de salud en Tailandia significó el retroceso de unas de las mejores medidas contra el Sida en el mundo. En cambio, cuando se desobedecieron las recomendaciones del FMI de recortar los gastos en educación en Uganda y en Jordania, hubo grandes beneficios.²⁰

En el caso colombiano, las EPS fueron creadas fundamentalmente por el capital financiero y administradas con el objetivo de la acumulación de capital privado; la búsqueda de racionalización del gasto implica el abuso de su condición de intermediario entre el paciente y el servicio de salud, haciendo todos los recortes posibles al paciente (formulación de planes de salud para reducir el número de procedimientos médicos, así como de listas de medicamentos), aumentando los pagos a las EPS (aporte mensual más copagos, más cuotas moderadoras) y evadiendo el pago adecuado a los servicios de salud (demorando las transferencias, rechazando los cobros por servicios).

Desafortunadamente los hospitales fueron absorbidos por esa lógica del mercado creyendo que la supervivencia estaba en modelos de gestión igualmente neoliberales: contratación por cortos periodos de tiempo, disminución de salarios, presiones para evitar que se practiquen exámenes de laboratorio, presiones para que los pacientes paguen por los servicios (reteniendo pacientes contra su voluntad, demorando incluso la entrega de cadáveres).

El rechazo de pacientes, las limitaciones en los procedimientos y en los materiales médicos, la creación de requisitos incluso inexistentes en la ley, el aumento del número de pacientes por hora por médico, la persecución a los sindicatos de la salud, el gran desvío de esfuerzos del sistema de salud a tareas administrativas y las formas de contratación a

¹⁹ Stiglitz, Joseph: *El malestar en la globalización*, Taurus, Madrid, 2002, p. 71

²⁰ Stiglitz, Joseph: *El malestar en la globalización*, Taurus, Madrid, 2002, pp. 106-111.

destajo, son precisamente las consecuencias (casi) inevitables de un sistema de salud basado en las leyes del mercado.

Lo que evidencian los usuarios de los servicios de salud en Colombia son las consecuencias de este entramado, pero no siempre son conscientes de su origen. Esta lógica perversa ha hecho creer a algunos pacientes que la responsabilidad es del médico de turno, y a algunos médicos que la responsabilidad es del paciente, sin darse cuenta de que el problema está muy por encima. La razón de estas situaciones es la entrega de la salud al capital privado, su manejo como mercancía y el progresivo retiro del Estado de sus funciones de regulación del sistema de salud.

Entrando ya en el debate del modelo, recordemos que uno de los argumentos más usados por los defensores del mercado de la salud es la limitación en los recursos disponibles. Aunque dicha limitación es cierta, el debate real tiene dos niveles:

a) la cantidad de presupuesto destinado por el Estado al sector salud dentro del total del presupuesto nacional, es decir: qué tan prioritario es para un Estado la salud de su población. Por ejemplo, si comparamos el presupuesto dedicado a la guerra y el presupuesto dedicado a la salud, podemos concluir que nuestro país prioriza la muerte sobre la vida; y

b) la distribución de los recursos dentro de ese sistema de salud. Por ejemplo, el porcentaje destinado a gastos administrativos es muy alto, comparado con otros sistemas.

En relación con la distribución de los recursos dentro del sistema de salud (aceptando por un momento y solo para el debate la existencia de EPS) es vergonzoso el porcentaje de recursos que termina en las manos del capital privado. De hecho, el proyecto de ley 010 de 2010 (y otras propuestas) lo que busca es aumentar precisamente el control del capital financiero sobre los recursos de la salud. Las reformas a la salud han sido en los últimos 26 años esencialmente cosméticas, y el proyecto de ley 010 en curso plantea un cambio de nombre: dejar de decir EPS para empezar a hablar de Aseguradoras de Salud (AS).

Sin embargo, el régimen de salud se mantiene (tipos de contratación, las formas de pago, la intermediación financiera, la unidad de pago por capitación, los regímenes y las limitaciones de medicamentos, etc.), con lo cual todo lo que deriva de ellos en términos de violación del derecho a la salud también se mantendría.

Hasta el momento, parte de ese trasvase de lo público a lo privado explica: las limitaciones en los planes de beneficios y en las listas de medicamentos, los sistemas de pago doble (por cotización y por copagos), demoras en los tratamientos, exclusiones, condiciones laborales precarias del personal de salud, evasión y corrupción. Todo esto es lo que se desnudó, aún más, en medio de la pandemia. Las políticas desarrolladas por las EPS en medio de la pandemia también muestran un mismo comportamiento de apropiación de

los recursos sin redistribución a las IPS y sin asumir las prioridades de bioseguridad ¿Necesitamos acaso más pruebas?

5. LA PROPUESTA: RECUPERAR EL PAPEL DEL ESTADO

Como se ha observado desde 1993, las maromas administrativas y los recortes salariales no han servido para garantizar la supervivencia digna de los hospitales del sistema de salud. El tristemente famoso “paseo de la muerte” es una cotidianidad que refleja precisamente el triunfo del mercado sobre el derecho a la salud. Consideramos que no pueden ser medidas paliativas ni temporales las que darán una respuesta justa a las necesidades de salud de los colombianos.

Siendo el mal mayor la intermediación financiera, herramienta aplaudida tanto por las lites nacionales como por la banca internacional, el desmonte de las EPS es fundamental. Experiencias internacionales han demostrado, tanto en Tanzania como en España, tanto en Cuba como en Suecia, que la adopción de las medidas del FMI ha deteriorado seriamente la equidad de los servicios de salud. El debate no es pues, como dijimos arriba, de limitación en los recursos, sino de una política pública al servicio de las EPS, en la que la labor del Estado se reduce o se restringe a legislar según los deseos del lobby de las EPS.

El Estado debe recuperar su papel regulador de los servicios de salud. Con la formulación de la ley 100 de 1993 el Estado renunció a una parte de sus funciones, entregándolas al intermediario financiero de la salud. Durante años, el antiguo Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud asumió tareas rectoras que debían ser propias de un ministerio de salud que priorizara lo público, mientras dicho ministerio regulaba a favor del mercado.

El hospital público debe ser defendido como el eje articulador de la salud de una población, no solo en cuanto oferente de servicios asistenciales, sino también como espacio de participación comunitaria, de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud, como se ha demostrado en varias experiencias nacionales e internacionales. El fin social de esta empresa pública debe ser una prioridad que no puede estar disminuida con la excusa de la eficacia y la eficiencia. La formulación de indicadores y la evaluación de los servicios de salud deben darse sobre la satisfacción efectiva de las necesidades de salud y no sobre la contabilidad de la venta de servicios.

La equidad en los servicios de salud: el actual modelo de salud está, estructuralmente, diseñado de tal manera que hace imposible la aplicación de principios de justicia y de equidad en su práctica cotidiana. La oferta diferenciada de servicios debe darse, pero dando mayores servicios a quienes más lo necesitan, no a quienes tienen mayor capacidad de pago.

Universalidad e integralidad del servicio: urge el desmonte de limitaciones a las terapéuticas (tanto de medicamentos como de procedimientos) hacia un modelo de atención de base poblacional y territorial, con despliegue de la estrategia de APS. En el

modelo actual es imposible la práctica de una ética médica, pues el profesional de la salud se ha convertido en un obrero enajenado al servicio del capital financiero de las EPS y del capital internacional de las farmacéuticas.

El control a las trasnacionales de medicamentos: es sorprendente que medicamentos producidos en Colombia se puedan comprar más baratos en países a donde Colombia exporta. Es conocido el lobby de la industria farmacéutica en el Ministerio de Salud con el fin de garantizar la rentabilidad de sus productos, lo que afecta seriamente el acceso a tratamientos por parte de los pacientes. Queremos un Ministerio de Salud capaz de regular al capital farmacéutico trasnacional, así como al capital financiero representado en las EPS.

Rechazamos a las EPS que representan un modelo de intermediación, creemos que el deber de la atención debe radicar en el Estado. Las EPS son capital privado y se llevan los recursos del sector salud, impregnando con la lógica del mercado todos los actos del sistema de salud y en su afán de lucro afecta el derecho a la salud.

Las instituciones públicas de salud deben ser el eje del sistema nacional de salud. Rechazamos cualquier liquidación o venta de hospitales o clínicas públicas. Su capacidad de sobrevivencia no puede estar basada en la venta de servicios, sino en su valor social.

El Sistema Nacional de Salud debe ofrecer un servicio universal. Los protocolos de salud deben obedecer a necesidades médico-sanitarias y no a una política de restricción de costos. La noción de plan obligatorio de salud, lista de medicamentos, lista de procedimientos, etc. son contrarias a una cobertura universal y compatible con la lógica del mercado de la salud.

Los precios de los medicamentos deben ser, sin excepción, determinados por el Gobierno nacional, tanto para mayoristas como para minoristas. Rechazamos el lobby de las farmacéuticas para decidir los precios de los medicamentos.

6. EPÍLOGO: JUGANDO MONOPOLIO CON LA SALUD

La salud está grave, en eso hay consenso. Sobre lo que no hay consenso es sobre las causas y los responsables. Todo empieza con la promulgación de la ley 100 en 1993, cuyo ponente fue Álvaro Uribe Vélez. El modelo no tiene nada de original: copió el modelo de las ISAPRE (nuestras EPS) que estableció Pinochet en Chile, aplicó las recomendaciones del Banco Mundial en el sentido de que la salud debía ser rentable, y recogió los análisis sobre economía de la salud diseñados en Harvard, como el informe de “Carga de la Enfermedad”.

Lo anterior aderezado con una buena presentación y el uso de ciertos principios rectores (que no pasan de su formulación), permitió imponer un modelo que, a la larga es sencillo: tener un intermediario que cobra a los usuarios del sistema (convertidos en clientes), y

contrata unos prestadores de servicios (los hospitales). El negocio establecido en las reglas es sencillo: los intermediarios de naturaleza privada buscan reducir los servicios dados a los clientes y reducir los costos de atención de las instituciones de salud, de eso depende su ganancia. El Estado se encarga de las tareas que no son rentables.

Este sistema, con sus reglas de mercado, recuerda el juego de mesa *Monopolio*. En este juego no es posible ser solidario, porque su naturaleza y su reglamento no buscan repartir la riqueza ni beneficiar a los participantes, sino hacer que unos ganen y otros pierdan. Donar una casa o un hotel no altera las consecuencias de la acumulación de capital gracias al intercambio, venta, subasta y apuesta de propiedades.

En la salud, contar con una lista de medicamentos y de procedimientos, el control médico para que no pida ciertos exámenes o no formule tratamientos costosos, la proliferación de todo tipo de argucias para no pagar a los hospitales, y un largo etcétera, muestran la consecuencia de meterle economía de mercado a la salud. La ley 100 es la causa de dichas prácticas.

Para asegurar aún más el modelo, se crean una serie de mitos: hay que racionalizar el gasto médico contando hasta las gasas (paradójicamente, los militares no tienen un tope en sus gastos, lo que demuestra que el país tiene límites para salvar vidas, pero no para matar) cuando el problema no es solo de recursos limitados, sino de distribución de los recursos en lo público y de entrega de los recursos de salud a lo privado.

Se asume que la administración hospitalaria puede salvar económicamente a los hospitales colombianos, cuando su sobrevivencia realmente radica en que puedan “vender salud de manera rentable”; es decir, seleccionando a los pacientes, reduciendo los costos de atención y disminuyendo salarios de sus empleados.

Curiosamente, los que han estado al frente del sistema de salud parecen participar de una puerta giratoria pasando de las EPS al Ministerio de Salud y al contrario sin reparo alguno.

La única opción es que el Estado retome sus funciones de garante de la salud, tal como se lo ha exigido la Corte Constitucional, pero un Ministerio de Salud al servicio de las EPS y de las farmacéuticas no puede ofrecer una salida a la crisis de salud, por sus relaciones clientelares fortalecidas desde 1993,. Por eso, seguiremos jugando Monopolio.

7. RECOMENDACIONES

Al Estado colombiano:

-Reconocer su papel rector como garante del derecho a la salud, incluyendo los derechos interdependientes a la alimentación y al agua potable.

- Revisar las políticas de acceso al agua potable para hacer posible las medidas de prevención de enfermedades.
- Atender los problemas de desnutrición, especialmente en zonas vulnerables del país que conviven con el desarrollo y prevalencia de enfermedades.
- Acabar con la intermediación entre el Estado y las empresas que vuelven la salud un negocio, y que vulnera derechos fundamentales de las personas.
- Aumentar el presupuesto para la salud y garantizar su correcta utilización, especialmente en zonas vulnerables y de escasos recursos, ya que son las más afectadas por la Covid-19.

A las organizaciones defensoras de los derechos humanos:

- Contribuir a la promoción y garantía del derecho a la salud, en términos de acceso, disponibilidad de servicios, calidad y aceptabilidad.
- Documentar y hacer públicas las consecuencias del modelo en la atención de la pandemia.
- Desplegar una campaña nacional de incidencia basado en las consecuencias negativas del modelo de salud actual.
- Desarrollar mecanismos de supervisión sobre el uso de los recursos en salud.
- Fortalecer los debates sobre formulación de modelos alternativos al actual modelo de salud colombiano.

Al personal de salud:

- Trabajar por la unidad del personal de salud que permita la defensa de las condiciones laborales dignas y, en general, del derecho a la salud.
- Promover la equidad salarial y de género entre las personas trabajadoras de la salud.
- Denunciar oportunamente las irregularidades en el cumplimiento de la prestación de atención de salud por parte de las EPS y las IPS.
- Aportar, desde su experiencia, a la formulación de modelos alternativos al actual modelo de salud colombiano.

A la sociedad colombiana:

- Mantener la presión mediática y social para poner fin a la ley 100.

-Apoyar políticas y proyectos para avanzar hacia una normatividad que brinde una real protección a la salud de las personas y de las condiciones laborales del personal de salud.

-Sumarse a observatorios sobre el derecho a la salud y a aportar, desde su experiencia, a la formulación de modelos alternativos al actual modelo de salud colombiano.

Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo
www.dddhcolombia.org.co plataformaco@gamil.com calle 54 No. 10-81 Cuatro Piso
Bogotá - Colombia