

Sin una ley ordinaria de salud que funcione, la Ley Estatutaria, firmada esta semana por el presidente Santos, se queda como una muy valiosa herramienta jurídica para garantizar el derecho a la salud, pero sin un real respaldo institucional que asegure la adecuada prestación de los servicios médicos, asegura Félix Martínez, investigador del Grupo de Protección Social del CID.

Bogotá D.C., 18 de febrero de 2015. (Comunicaciones FCE - CID) Garantizar la salud como un derecho fundamental es un logro trascendental para el país, en la medida en que se ordena una atención universal a la población asegurada y no asegurada, sin restricciones en los procedimientos que necesiten los pacientes. Por lo menos, así quedó consignado en Ley Estatutaria de Salud que firmó el presidente Santos. Sin embargo, temas como cobertura, falta de un mercado real y justo –que permita al usuario elegir–, la inviabilidad económica de varios hospitales y los negocios poco transparentes de algunas EPS hacen que el dolor de cabeza para el sector esté lejos de desaparecer y que el goce efectivo de este derecho para gran parte de la población sea aún una utopía.

El profesor Félix Martínez, integrante del Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia, quien ha estudiado con detenimiento los alcances y límites de la Ley Estatutaria, sostiene que la mayor virtud del proyecto es acabar con las trabas

administrativas que impedían a las instituciones sanitarias atender de forma expedita los casos de urgencia y que llevaban a los lamentables paseos de la muerte. Ahora, todos los hospitales tienen que atender a los pacientes de urgencias sin importar su origen, ya sea que vengan del régimen contributivo, subsidiado y son personas no vinculadas (aquellas que no cuentan con cobertura en salud).

“Lo que sucede, es que la capacidad institucional está en la olla, pues no existe una oferta amplia de centros médicos y de hospitales, ni siquiera en Bogotá, como lo evidenció un estudio que presentamos en el año 2013, en el que se mostró como el sur y el occidente de la capital no tienen servicios de salud. La nueva Ley ordena atender a todas las personas, pero no resuelve la congestión que eso generará. En todo el país la oferta de salud está hecha un desastre absoluto”, asegura el experto.

Añade que el derecho a la salud implica responder por un acceso rápido y oportuno (llegar a los barrios y áreas rurales marginales), vigilar a las entidades promotoras de salud (para que se haga buen uso de los dineros públicos), garantizar el acceso a los servicios y que las redes de apoyo estén cerca a la gente. “Para nada de eso hay propuestas o soluciones concretas y en todos estos puntos hay problemas estructurales”, dice Martínez.

Por ejemplo, la Ley Estatutaria ordena que donde no existan condiciones para el mercado, el Estado debe llevar los servicios de salud, cueste lo que cueste. Asimismo, dice que aunque no sea rentable llevar los servicios a poblaciones dispersas del país, se deben proporcionar los medios para atenderlas. No obstante, no explica cómo será la gestión para tal fin.

No hay responsabilidades en salud

Para el investigador Martínez, uno de los grandes vacíos de la Ley Estatutaria es que no se fijaron las responsabilidades que tienen el Estado, los agentes económicos y los ciudadanos mismos con la salud de las otras personas, como sí ocurre en otros países.

Martínez asegura que aquí el derecho a la salud se restringe a la atención médica, pero no opera en el sentido de la obligación que tiene el Estado y la sociedad de proteger a los individuos, para que no se enfermen ni se accidenten. Esto quiere decir que si alguien se lesiona en su puesto de trabajo, si un transportador atropella a un peatón o si un restaurante

intoxica a una persona deberían existir sanciones severas; esto implica tener exigencias de control del riesgo muy sólidas y seguros obligatorios para que las industrias hagan valer la salud de sus empleados, entre otros aspectos. Y nada de esto quedó claro en la Ley.

Lo que sí destaca el profesor Martínez, es el haber acabado con el plan obligatorio de salud (POS) que consistía en una reglamentación que restringía los medicamentos y los tratamientos a los que tenía derecho una persona. Como ilustración, con el modelo anterior era difícil que se aprobaran procedimientos laparoscópicos o de láser debido a los costos; por eso solo se ordenaban cirugías abiertas.

“Ahora la gente puede exigir, poner la tutela con mucha más propiedad que antes, sin importar su condición social. Lo que se quiere es que el derecho a la salud funcione y que las personas no tengan que estar expuestas a múltiples trabas administrativas”, enfatiza el investigador del CID.