

Nueva Propuesta del Gobierno de Reforma a la Salud Profundiza el Negocio de la Salud

Autor: Román Vega Romero, profesor titular Pontificia Universidad Javeriana

En medio de las críticas de diversos sectores, la decisión del presidente de la república de no otorgarle mensaje de urgencia, y el anuncio de radicación de proyectos alternativos, las Comisiones Séptimas del Congreso de la República siguen trabajando en la ley ordinaria de salud del gobierno “Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

Es un proyecto de nueve capítulos y 67 artículos que define los principios del sistema, y la forma como el estado regulará los recursos de su financiamiento, la gestión de los servicios y tecnologías de atención médica individuales y colectivos de los afiliados, el aseguramiento, la vigilancia y control, y las facultades extraordinarias para reformar el régimen laboral de las Empresas Sociales del Estado y para la consulta a las poblaciones de pertenencia étnica. A continuación nos referiremos a estos componentes del proyecto de ley, especialmente a los más importantes.

En cuanto a los principios que orientarían el sistema, descritos en el Capítulo I, envuelven una ideología sesgada que se aleja de los valores genuinos del derecho a la salud y de los que fundan la relación entre igualdad y libertad en las sociedades modernas que hacen énfasis en la justicia social. Algunos ejemplos bastan para demostrar el carácter puramente formal y alienante de la formulación de principios del proyecto. Así, al referirse a la igualdad, a la equidad y a la calidad, discrimina en la atención por condición socioeconómica en la medida en que el proyecto mantiene la segmentación del sistema en regímenes contributivo, subsidiado, complementario y los exceptuados, e incluye copagos y cuotas moderadoras que seguirán dificultando el acceso de la población de menores ingresos. Realmente para que haya equidad no sólo debe garantizarse igual uso según igual necesidad sino igual uso de servicios de igual calidad para todos y todas.

En el esquema colombiano de aseguramiento es difícil que se cumpla la universalidad bajo el principio de obligatoriedad de afiliación porque ésta se hace depender de la capacidad de pago “y de la inclusión basada en la demostración de pobreza (SISBEN 1 y 2)”, lo que hasta ahora ha excluido a segmentos importantes de la población que no califican ni en lo uno ni en lo otro. Este principio sólo tendría sentido si el Estado subsidiara gran parte de la cotización para afiliación de grupos como los trabajadores independientes, que forman parte de la creciente masa de informalidad laboral del país, o si garantizara el acceso a todos y todas simplemente como un derecho ciudadano.

El principio sobre enfoque diferencial tiene una interpretación limitada porque, por ejemplo, en el caso de los pueblos indígenas, no se garantiza que los servicios de salud de éstos sean “apropiados desde el punto de vista cultural” ya que la racionalidad biomédica en que se fundamenta el proyecto de ley excluye la de los sistemas propios de las poblaciones indígenas y otras comunidades de pertenencia étnica, negando en este aspecto el carácter intercultural que debería tener el sistema, al contrario de lo que ya garantizan países vecinos como Ecuador y Bolivia.

No es cierto que habrá libre escogencia del profesional, del establecimiento de atención o del servicio de forma directa. Lo que el afiliado “escogerá” en principio será un Gestor que intermediará la prestación del servicio, tal como hoy sucede con la EPS. Tampoco el sistema será a la larga sostenible. Generalmente sistemas de salud débiles en promoción y prevención por estar centrados en la atención individual de la enfermedad, y con fuerte presencia del interés privado con ánimo de lucro, terminan siendo menos sostenibles por su alto gasto total en salud, como lo demuestra el caso de los Estados Unidos cuyo gasto es de alrededor del 17% del PBI y mantiene cerca de 40 millones de personas por fuera del acceso a los servicios de salud.

Al referirse en el capítulo II al manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a través del Fondo único pagador, antiguo Fosyga ahora denominado Salud-Mía, basta destacar sólo algunos aspectos para hacer visible los inconvenientes del proyecto. No habrá real unidad de gestión del Fondo en la medida en que éste delega su poder de contratación, supervisión y gestión del riesgo en salud a los Gestores de los Servicios de Salud (GSS) y a los prestadores de servicios. A diferencia de los Fondos públicos de países como Canadá o Costa Rica, que centralizan la contratación de los insumos y tecnologías médicas más costosos para reducir el gasto total en salud, Salud-Mía delega la administración de los recursos públicos en agentes privados y establece que los recursos serán de ellos y no del sistema con lo que, además, se encarecerá la contratación. Imaginemos la fiesta que seguirán haciendo en compra y venta de medicamentos muchos de los actores del sistema.

Si bien se propone que Salud-Mía pague directamente a los prestadores de servicios para controlar mejor los recursos y darle liquidez a los hospitales, al igual que las EPS los GSS serán los que controlarán el acceso a los servicios y autorizarán los pagos. Su eficacia para controlar el gasto del sistema de salud por vía del logro de resultados en salud que beneficie a los afiliados y a la población será mínima puesto que, como las actuales EPS, de una parte podrán introducir barreras de acceso a los servicios y prácticas similares a las glosas para reducirlo en su particular provecho y, de otra, no necesariamente desarrollarán un modelo de atención en salud efectivo para lograr resultados en salud puesto que bastará que certifiquen que hacen acciones en salud como lo establece el literal **b** del artículo 33.

Otro de los problemas de este proyecto de ley es la falta de una política clara de financiamiento de la ampliación, dotación y mejoramiento de la calidad de la red pública de atención. Generalmente los sistemas de salud pro-equidad priorizan el fortalecimiento de la red pública para garantizar acceso y desarrollar programas y estrategias integrales contra los determinantes y riesgos sociales de las inequidades en salud, y claramente ubican la red privada como complementaria. En este proyecto, por el contrario, se sigue favoreciendo el desarrollo de los prestadores privados, y el apoyo financiero del estado a los prestadores públicos ocupa un lugar secundario como lo demuestra el hecho de que no habrá una cuenta independiente que cumpla dicha función sino que ésta aparece dependiente del cumplimiento de otros objetivos del Fondo.

Con respecto al capítulo III, sobre el Plan de beneficios en salud, Mí-Plan, sólo diremos que aunque los criterios para excluir servicios y tecnologías en salud no mencionan explícitamente el costo de la atención, sí se refieren a la eficacia clínica, la cual siempre es entendida en sentido puramente biomédico. Se trata solamente de un conjunto de

prestaciones individuales susceptibles de operar bajo las reglas del mercado y excluyentes de las acciones de salud pública y de las actividades médicas tradicionales como las de las poblaciones de pertenencia étnica, que siempre han reclamado se les reconozcan.

Al referirse en el Capítulo IV a la prestación de servicios de salud, el proyecto sigue manteniendo la separación entre las prestaciones individuales y las acciones de salud pública, con lo cual mantiene coherencia con esa filosofía mercantilizadora, privatizadora e individualista que en la Ley 100 de 1993 convirtió a los primeros en bienes privados para efectos de su aseguramiento y prestación, y a los segundos en bienes públicos con altas externalidades por los cuales nadie estaría dispuesto a pagar de forma particular por lo que el estado debería hacerse cargo de ellos. El que la prestación de las acciones individuales y colectivas de salud se realice mediante instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y públicas sin mayor regulación de las primeras por el estado ni fortalecimiento real de las segundas por el mismo, seguirá favoreciendo el crecimiento asimétrico del sector privado incluso en las acciones de salud pública, cuya prestación hasta ahora había estado exclusivamente en manos del sector público.

Los GSS serán los encargados de articular y operar las redes de prestadores de servicios de salud a las que deberán acudir los afiliados a su cargo para recibir atención individual previa su autorización, tal como hoy lo hacen las EPS. El que cada red de prestadores de servicios de salud se articule y opere a través de un GSS hará que los componentes hospitalarios y especializados de esta red tengan que estar interactuando y rindiendo cuentas simultáneamente a varios GSS, lo cual impondrá una carga y costos administrativos exorbitante a los mismos. En la propuesta del gobierno los GSS podrán integrarse verticalmente con prestadores de servicios primarios de salud de su propiedad que formarán parte de la red que articulen. Al contrario de esta propuesta, que permitirá a los GSS concentrar la propiedad de los servicios de atención primaria y convertirlos en instrumentos de control de costos en función de la rentabilidad del negocio, otros sistemas de salud como los de Costa Rica y el Reino Unido entregan la responsabilidad de gestión de la atención en salud directamente a los prestadores de servicios de Atención Primaria en Salud (APS), especialmente públicos, a quienes se les establecen incentivos para lograr tanto resolutivez integral en la atención y adecuados resultados en salud, como para reducción de costos por evitar la referencia innecesaria de pacientes a los niveles especializados y hospitalarios de atención. Este modelo, que opera en sistemas públicos unificados de cobertura universal, no requiere de intermediarios como los GSS entre el Fondo pagador y los prestadores de la atención, con lo cual también se reducen los costos de transacción del sistema de salud.

Las redes de prestadores de servicios de salud operarán en zonas del territorio nacional definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, denominadas Áreas de Gestión Sanitaria (AGS). En una misma AGS podrán operar varios GSS según la “libre” elección que de ellos hagan los afiliados en esas áreas. La consecuencia de este diseño mercantilizado de las AGS será que la competencia entre GSS mantendrá o profundizará la actual fragmentación de la atención que ha dificultado el desarrollo de apropiados modelos de atención en salud basados en la Atención Primaria en Salud (APS). Del artículo No. 23 se deduce que el enfoque de atención primaria que promueve el proyecto de ley es esencialmente individual, lo cual es una limitación de la potencialidad de la APS para

mejorar la salud y reducir las inequidades en salud entre grupos de la población usando enfoques de atención familiar y comunitaria, y promoviendo la acción intersectorial por la salud y la participación ciudadana para afectar los determinantes y riesgos sociales de la salud. Estas dificultades las han experimentado quienes han procurado implementar la APS siguiendo la tradición de la Declaración de Alma Ata de 1978 luego de que la Ley 100 de 1993 destruyó la experiencia acumulada por Colombia en este aspecto desde principios de los años ochenta.

La concepción de las AGS y de la articulación de las redes de prestadores de beneficios individuales con los GSS dentro de ellas, no es sólo funcional a un enfoque de sistema de salud basado en mercados de aseguramiento y de prestación de servicios de salud, sino de un modelo de gestión y atención en salud fundado en el manejo individual de los riesgos en salud y de la enfermedad que ahora coopta la idea de territorialización para ponerla al servicio de lógicas de mercado. Este modelo empresarial es muy distinto de una concepción de gestión pública y social basada en la planificación estratégica de la respuesta social organizada e integral a las necesidades de salud de la población en el territorio como lo plantea la propuesta de Territorios de Salud. En ellos se combinan la promoción de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación mediante la atención integrada centrada en la persona, la familia y la comunidad, y la acción intersectorial por la salud con participación social vinculante. Este enfoque de los Territorios de Salud tiene como base la Atención Primaria en Salud, estrategia a partir de la cual se busca resolver más del 85% de las necesidades de salud de la población del área y remitir a los niveles hospitalarios y especializados lo que no sea posible resolver con la APS. Esta concepción pública de la gestión y atención en salud por territorios socioespacial y sociodemográficamente delimitados ha sido desechada por los formuladores del proyecto de ley.

Del proyecto de ley en general, particularmente del Capítulo V, se desprende que la gestión de las prestaciones individuales de Mi-Plan, y de planes privados complementarios, estará a cargo de los GSS, intermediarios privados, públicos y mixtos que simplemente serán el nuevo ropaje que adquirirán las EPS. Los GSS privados, y los que constituyan las Cajas de Compensación, serán sociedades anónimas, es decir, mercantiles, que operarán a través de acciones. Con esta figura los accionistas estarán básicamente interesados en acrecentar sus capitales, y cuando se enfrenten a deudas de su sociedad sólo estarán obligados a responder con su patrimonio personal hasta la cantidad máxima del capital aportado.

Con la autorización de convertir las EPS en GSS con todo y afiliados, el proyecto de ley abre una puerta para mantenerlas vigentes. Recordemos que la pujanza del negocio de las EPS duró hasta el año 2008 cuando la Corte Constitucional, con la Sentencia T-760, les obligó a garantizar más acceso de la población a las prestaciones del sistema que ilegítimamente negaban. Antes que este salvamento que ahora se les ofrece, el proyecto de ley debería estipular que las EPS reparen a sus afiliados por los daños causados, al Estado por el desvío de recursos en que han incurrido, y a los prestadores de servicios de salud por la enorme deuda acumulada. Igual obligación debería estipularse para los entes territoriales. Nunca un intermediario, llámese EPS o GSS, debió en la historia de nuestro país reemplazar al estado en la obligación constitucional de responder ante los ciudadanos por garantizar el acceso a las prestaciones del sistema de salud. Esa función del Estado es

indelegable ante terceros como lo establecen los convenios internacionales sobre el derecho a la salud.

El proyecto de Ley sigue manteniendo la segmentación del sistema de salud en regímenes distintos de aseguramiento. La idea de seguir manteniendo un régimen de aseguramiento de pobres, otro de trabajadores asalariados y capas medias y otro de ricos no hace sino naturalizar, por vía de la política pública, las desigualdades sociales que determinan la desigualdad en el acceso a los servicios de salud y en su calidad. Esa misma desigualdad se reproduce con la predilección que deben tener los GSS de atender a los usuarios del régimen subsidiado, en “primer lugar”, con los Prestadores de Servicios de Salud Públicos en la AGS donde operan. Si con el mantenimiento de esta medida de verdad se tratara de salvar de la quiebra a los establecimientos públicos de servicios de salud, ellos, en primer lugar, deberían recibir los pagos que les adeudan las EPS y los entes territoriales sin reencauchar financieramente a las EPS y, en segundo lugar, por su calidad deberían tener igual oportunidad que los privados de ser escogidos por cualquier ciudadano sin distinción de su condición socioeconómica o sociodemográfica. Pero esto último sólo sería posible si quienes orientan el estado central y los entes territoriales definen un plan de inversión de recursos públicos con criterio de justicia social que permita redistribuir los recursos y bienes de la salud, reconstruir y extender a los territorios y poblaciones carentes la infraestructura física, las instalaciones y servicios de salud públicos, dotarlos de equipamiento adecuado, elevar la calidad de su atención al nivel de los mejores establecimientos del país, cualquiera fuese su naturaleza jurídica, y desclientelizarlos políticamente. De este modo, cualquier colombiano(a) por igual podría elegir libremente o, al menos, disponer en su territorio del establecimiento para satisfacer sus necesidades de salud en condiciones dignas y con adecuada calidad técnica y científica.

El sesgo y discriminación en contra de lo público persiste cuando a los GSS públicos o con participación pública se les impide en el artículo 31 operar en AGS de menos de un millón de habitantes, y sólo a un operador de esta naturaleza por AGS al tiempo. Mientras tanto, en el artículo 22, sobre Áreas de Gestión Sanitaria Especial, es decir, aquellas que se caracterizan "por su baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, flujo de servicios, accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, entre otros, no se garanticen los servicios y tecnologías de Mi-Plan", se abre la posibilidad de que el sector privado sea el que opere en dichas áreas. Por economía de la salud sabemos que a los gestores y prestadores privados de servicios de salud no les interesa operar en áreas con pequeñas poblaciones o poblaciones dispersas, como sucede con la mayor parte de la población de áreas suburbanas y rurales del país, porque sus costos de operación podrían ser mayores que sus ganancias que, como sociedades mercantiles, es lo que les mueve. Según esta lógica es al estado al que encargan de aquellos lugares donde el mercado no opera. Sin embargo, si en los términos neoliberales donde no funciona el mercado es el estado el que debe operar, en este proyecto de ley al estado no sólo se le limita de forma condicionada a poblaciones de más de un millón de habitantes, sino que en aquellas con menos de esa cifra, que el neoliberalismo antes reclamaba para el Estado, ahora podría actuar el sector privado. A la larga, con este acomodo del discurso, se trata de abrir nuevos nichos de mercado para el sector privado aún a contrapelo de los postulados teóricos de la economía neoclásica en la que se inspiran.

El proyecto de ley establece una serie de prebendas adicionales para que los GSS tengan seguro el negocio. Así, por ejemplo, para reducir sus gastos seguirán cobrando copagos y cuotas moderadoras a los pacientes, cuando está demostrado que son una barrera de acceso económica de las poblaciones de bajos ingresos a los servicios de salud. A los GSS se les exonerará de los riesgos financieros por el alto costo que habían asumido las EPS a través de reaseguros. Ahora esa responsabilidad la asumirá Salud-Mía, con lo cual se les hace un gran favor. Además, se les otorga el incentivo de apropiación privada de la unidad de pago per cápita y de los excedentes públicos no gastados. En su conjunto, esta continuaría siendo una estrategia diseñada desde el gobierno para facilitar y legitimar la apropiación y extracción de renta por los operadores y aseguradores privados desde los fondos públicos. Al contrario de esas prebendas para los GSS, los prestadores de servicios de salud no tienen ningún incentivo positivo claramente definido por su buen desempeño y resultados en salud.

Otros sistemas de salud, como el de Costa Rica, han optado por compromisos de gestión (contratos directos o sin intermediarios), entre las autoridades centrales, el prestador de servicios y las áreas de salud bajo la responsabilidad de servicios de atención primaria en salud. Este compromiso es la herramienta que han usado para asignar y transferir recursos en función de los resultados en salud, el desempeño en calidad, la contención de costos, el cumplimiento de metas, el replanteamiento de la eficiencia y equidad en la asignación de recursos entre la atención primaria y la hospitalaria, y para el mejoramiento del sistema de referencia de pacientes al nivel apropiado para la solución oportuna de las necesidades del paciente. En este caso el mayor incentivo está puesto en lograr que los servicios de atención primaria en salud de las áreas de salud no tengan que perder recursos pagando por referencias para atenciones hospitalarias y especializadas que ellos habrían podido evitar, y en que usen los excedentes obtenidos en el mantenimiento y mejoría de las capacidades instaladas de los establecimientos, las condiciones de trabajo y capacidades del personal de salud para mejorar su resolutivez y satisfacción con el trabajo. Los compromisos de gestión son acompañados de espacios de participación en los cuales los ciudadanos ayudan a la gestión y supervisión de los servicios desde las áreas de salud, y de un proceso de cambio de la cultura y valores institucionales y de las personas que ayuden a desempeñarse en función de reducir los costos, aumentar la calidad de la atención y lograr resultados en salud. Innovaciones de este tipo también se han dado en sistemas públicos de salud como los de Inglaterra, Suecia, Cataluña y el País Vasco.

El Capítulo VI, que se refiere a los planes de cobertura complementaria que podrán desarrollar los GSS, las compañías de empresas de medicina prepagada y las compañías de seguros, contiene la formulación de que la UPC de cada afiliado pueda ser transferida a estas empresas privadas para que también se encarguen de las prestaciones de Mi-plan. Esta formulación, junto con la otra del literal X del artículo No. 4 que estipula que “Los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud destinados a las prestaciones individuales son públicos hasta que se transfieren desde Salud-Mía a los agentes del Sistema”, y el argumento del artículo No. 42 según el cual “La cotización en salud pertenece al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el valor per cápita a cada usuario”, realmente es una estrategia para legitimar la privatización (despojo) de los recursos públicos de la salud una vez que estos están en manos de los operadores y aseguradores privados, como ya lo hacen las EPS, y para que en el futuro se desarrollen

normas que estimulen un traslado de afiliados de altos ingresos a los aseguradores privados, como sucede en Chile con el sistema ISAPREs, debilitando de este modo la solidaridad del sistema.

Por último, no es una buena medida que no haya proceso de selección de los gerentes de los hospitales públicos. Si este proceso ha fracasado por la manipulación y compra de exámenes, el Estado debería perfeccionar las reglas de su realización para garantizar mayor transparencia en vez de suprimirlos. Igualmente, se sigue manteniendo un enfoque limitado de la participación de las comunidades y trabajadores en la gestión y supervisión de las empresas sociales del Estado (ESE). Pero lo más grave, esta participación está casi ausente en los organismos de dirección del sistema, en los que constituyan los GSS y en las AGS. Tampoco suena bien que se otorgue facultades extraordinaria al presidente de la república por seis meses para la “clasificación de empleos, el procedimiento para su vinculación y retiro y, en general el régimen laboral para los servidores que prestan sus servicios en las Empresas Sociales del Estado de nivel nacional y territorial” sin que esas medidas sean fruto de la concertación entre los trabajadores y el gobierno. Por último, es una burla otorgar facultades extraordinarias al presidente de la república sobre consulta previa a los pueblos étnicos *a posteriori* de la aprobación de esta ley para reorganizar el SGSSS que, de antemano, ha excluido sus conocimientos y prácticas ancestrales.

En síntesis, puede concluirse que la propuesta del gobierno introduce nuevos ajustes administrativos y financieros a la Ley 100 de 1993, como ya lo han hecho la Ley 1122 de 2007 y la 1438 de 2011 sin éxito. Esta propuesta no cambia sino que acentúa la racionalidad de mercado fundamentada en la separación de funciones de financiamiento, aseguramiento, administración y prestación de servicios del SGSS, que fue acuñada como estrategia para estimular la privatización progresiva de los hospitales y servicios de salud pública, del seguro social y de sus instrumentos de gestión, y como método para facilitar la apropiación privada de recursos públicos. Esta propuesta tampoco modifica substancialmente el actual modelo de atención en salud en crisis, centrado en la atención de la enfermedad y en el manejo de riesgos individuales a pesar de la proclama formal de la Ley 1438 de que se orientaría a lograr resultados en salud de la población.

Esta reforma es continuista de la lógica de los sistemas de salud de cobertura universal con esquema de aseguramiento y prestación de servicios de carácter mixto, segmentados en regímenes diferentes y fragmentados en materia de gestión y prestación de servicios que tuvieron su origen en la oleada de reformas que promovieron el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional en los países en vías de desarrollo en el contexto de las políticas de ajuste y apertura económica que iniciaron en los años 80 y 90. Este mismo tipo de reformas ahora se busca introducirlas en los países europeos destruyendo el Estado de bienestar y con él los sistemas de salud universales, públicos, unificados y basados en una concepción amplia del derecho a la salud que se enuncia en la Carta internacional de Derechos. Pero también, y esto no nos debe tomar por sorpresa, en nuestro caso es una reforma que busca corregir los errores que se identificaron para la consolidación y ampliación del negocio de la salud con la implementación de la Ley 100 de 1993, y profundizar el carácter mercantilizado del sistema de salud.