



Ministro de Salud, a reajustar otra vez la Ley 100

El Ministro de Salud y Protección Social Alejandro Gaviria, presentó al país y medios de comunicación algunos temas de una reforma del sistema de seguridad social en salud con la pretensión de superar la crisis actual. La Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud –CSR- así como las diversas organizaciones sociales han expresado en diferentes ocasiones que el problema del actual sistema de seguridad social en salud es de estructura, o sea de organización, y no de financiamiento ni de regulación. Lo que no es atendido por el Ministro.

No se conoce aún el texto del proyecto, pero los anuncios del Ministro muestran la decisión de sostener la estructura básica del sistema creado por la Ley 100, conocido como modelo de aseguramiento con competencia regulada y subsidio a la demanda, soportado en las EPS y en su afán de lucro, cambiándoles el nombre. La propuesta no recoge el fundamento de las iniciativas presentadas por los sectores sociales y académicos, y mantiene la misma lógica del sistema actual, y no modifica su estructura. Por el contrario, utiliza ciertos conceptos del movimiento nacional por la salud para presentarse con un antifaz que le permite confundir a ciertos sectores de la opinión que siguen esperanzados en una verdadera reforma sustancial al Sistema de Salud.

¿De qué estamos hablando?

<p>➤ Los recursos abundantes de la salud son públicos y los están capturando múltiples intermediarios, comenzando por las Entidades Promotoras de la Salud – EPS- o sea que están haciendo gran negocio con el derecho fundamental a la salud al cual todos los colombianos debemos tener acceso.</p>
<p>➤ Existe una división en el sistema de salud, o sea entre pobres, medios y ricos, haciéndolo desigual. ¿No deberíamos tener el mismo derecho, los mismos tratamientos, el mismo cubrimiento, las mejores medicinas, la mejor atención, los mejores hospitales y clínicas, los mejores especialistas, cuando nos enfermamos? Por eso en cualquier reforma a la salud, como lo consagran la Constitución y la Ley, al Estado le corresponde garantizar ese derecho por igual.</p>
<p>➤ El derecho a la salud no consiste únicamente en la atención de las enfermedades, sino que hay otros condicionantes para tener una vida saludable, tales como agua potable, alimentación sana y suficiente, ambiente sano, vivienda y trabajos dignos y saludables. Así mismo a todos nos corresponde tener participación efectiva en lo referente a nuestra salud.</p>
<p>➤ Fundamentamos nuestro análisis en que no deben existir dos regímenes de salud diferenciados. En el Contributivo, se aporta dependiendo de la capacidad de pago, y en el Subsidiado, los más pobres dependen de lo que ofrezca el Estado para poder acceder a un servicio en salud.</p>
<p>➤ La Corte Constitucional, el Consejo de Estado, la Contraloría y la Procuraduría han dicho que los recursos son públicos, pertenecen al Sistema de Salud y no</p>

son de libre disposición de las EPS.

¿Qué dice el Gobierno dentro con su propuesta?

<p>➤ Proponen crear un Fondo Único Pagador denominado “Misalud”, para unificar los recursos públicos como pretende cualquier sistema de seguridad social, pero las claves para que esta solidaridad sea real consiste en que no se le exija a los ciudadanos y ciudadanas demostrar su capacidad de pago o su condición de pobre para merecer entrar al sistema y que la administración la haga el mismo Estado. ¿Por qué entonces cuál sería la verdadera reforma?</p>
<p>➤ Con esta propuesta se mantiene la misma forma del sistema de la Ley 100, o sea usted puede acceder al derecho de la salud si tiene con que pagar, sino pues no.</p>
<p>➤ El Ministro afirma que “no puede existir un plan ilimitado y gratuito para todo el mundo”. Pero, existen países que garantizan bienes y servicios según las necesidades de las personas y no son ricos. Por ejemplo, Costa Rica y Brasil, con mejores resultados en salud que Colombia.</p>
<p>➤ El Ministro dice que definirá un nuevo Plan Obligatorio de Salud que incluirá “todo lo razonable” y que existirá una lista negativa, esto es, una lista de exclusiones: lo estético, lo experimental, etc.” ¿Qué significa “lo razonable”? ¿por qué hablar de exclusiones y terminar con un etcétera, cuyo tamaño se desconoce? Como la CSR lo ha propuesto, es preferible no hablar de plan explícito de beneficios, sino de “bienes y servicios de salud que se requieren con necesidad”, como afirma la jurisprudencia.</p>
<p>➤ El Ministro afirma que habrá controles de precios para las nuevas tecnologías y habrá también copagos, un pago adicional, para las personas de mayores ingresos. Nuevamente, acudir a la capacidad de pago para mejorar el negocio, cuando está en riesgo la vida de las personas. Esta medida no afecta la raíz del problema del precio de los medicamentos. Lo que se requiere es que el Gobierno establezca los mecanismos que controlen los abusos de la industria farmacéutica y sus múltiples intermediarios.</p>
<p>➤ Respecto del reemplazo de las EPS, el Ministro anuncia que se convertirán en “un administrador cuyo objetivo misional será la salud de su población, no la intermediación financiera de los recursos del sistema”. Y “serán administradores de la atención básica y aseguradores de la atención especializada” en unas áreas de gestión. Adicionalmente, el ministro anuncia que estas administradoras podrán tener integración vertical en el “nivel básico de atención”. No manejarán recursos, pues el Misalud pagaría a todos los prestadores directamente, sino harán “la auditoría, la gestión de riesgos y ordenarán los giros a los hospitales”. Al respecto, Primero: Separar el nivel básico -a cargo de las administradoras a través de la integración vertical- de la atención de los niveles especializados, genera dos problemas: bloqueos en la puerta de entrada para disminuir costos posteriores; y negocio de alto costo, como existe hoy, en los niveles especializados. Segundo, su papel será autorizar los pagos a las clínicas y hospitales, en su condición de auditores de cuentas para evitar sobrecostos al sistema; pero ¿acaso el ministro no reconoce que este negocio de la auditoría de cuentas en lugar de evitar aumenta los costos por conveniencias mutuas entre el facturador y el auditor? ¿No está acaso demostrado que un sistema de recobros a un pagador público por parte de agentes de mercado en competencia, no hace más que estimular el incremento de los costos de</p>

manera indefinida? Tercero: el Estado no puede renunciar a su rectoría y para el efecto debe integrar la atención individual y la salud pública en territorios de salud, con sus especificidades demográficas, epidemiológicas y culturales. Sólo así se integran las redes según necesidad y se articula la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud con todos los sectores que afectan los determinantes sociales de la salud y logran condiciones de vida saludables. Así lo ha propuesto la CSR y el movimiento nacional por la salud.

Para reiterar que estas administradoras seguirán generando utilidades el Ministro afirma que “cada año se hace un corte de cuentas para cada uno de ellos, se calculan los resultados y se liquidan las utilidades o, en caso de pérdida, se acude a una reserva”. ¿Acaso seguirán siendo aseguradoras, sin asumir los riesgos cuando se trata de alto costo? Al fin, ¿son administradoras de recursos públicos o aseguradoras protegidas del riesgo financiero por parte del Estado?

Sobre la función de estas “administradoras” de “gestionar el riesgo”, cabe señalar que si las EPS, que manejan todos los recursos no lo han hecho, ahora sin manejo de recursos ¿para qué lo harían? Un asegurador “gestiona el riesgo” para no gastar el monto de la póliza y aumentar sus utilidades. Pero, si no maneja la póliza, para ¿qué gestionar el riesgo?

En la relación entre el fondo público pagador, la administradora y el hospital, el ministro afirma: “La plata la gira esa nueva entidad después de que el servicio se haya prestado y la cuenta haya sido avalada por una de las nuevas administradoras”. Este es, sin duda alguna, un sistema de recobros que estimula al prestador a pasar todo tipo de facturas para aumentar sus ingresos. Si la administradora obtiene más utilidades entre más control haga, se dedicará a ser un obstáculo permanente. ¿Esto solucionará el tema de la liquidez y del flujo de recursos?

➤ La situación de la precariedad del trabajo en salud no parece importar mucho en la propuesta del Gobierno. Apenas se menciona la diferencia entre médicos generales y especialistas, pero se supone que la libre competencia entre prestadores debe equilibrar las tarifas o los pagos a los prestadores. ¿No es más de lo mismo que ha llevado a un estado miserable los pagos de los médicos generales y los trabajadores de la salud ?

➤ Sobre la medicina prepagada, el Ministro propone: “Con la reforma, la gente que quiere comprar un seguro voluntario se podrá llevar la UPC, la prima actual, para ayudarle así a pagar por el seguro”. Esta medida no hará más que profundizar la segmentación actual del sistema: pobres, medios y ricos. Los sectores medios y ricos se centrarán en los seguros privados, mientras las EPS actuales sacarán provecho de ellos. Una vez se llegue al alto costo, de un paciente que cueste 500 millones o más, exigirán al “Misalud” que les pague el reaseguro. Negocio redondo. ¿Será una doble estrategia para descongestionar el régimen contributivo y legalizar el negocio pulpito del aseguramiento que maneja las EPS de Acemi con recursos de las UPC

➤ El Ministro afirma que “dentro de cada zona de gestión va a haber varios administradores, tres o cuatro compitiendo entre sí”. Esta competencia no hará más que sostener la fragmentación de la población y negar la integración necesaria entre territorio y población para afectar los determinantes de la salud, más allá de la atención de los enfermos. Esta es otra prueba de la permanencia del actual sistema, que sólo piensa en la enfermedad y la atención individuales.

<p>➤ El Ministro acepta la importancia de la descentralización. Pero, precisamente por esta razón, los territorios de salud no deben ser zonas o áreas de gestión de servicios, sino territorios contruidos estratégicamente por los entes territoriales para gestionar la salud de la población, individual y colectiva, de atención y de generación de condiciones de vida saludables, para mantener a la población sana y disminuir los altísimos costos de la atención en salud.</p>
<p>➤ El Ministro confirma que permanecen tres actores: el pagador público, el administrador y el prestador, tal cual existe hoy y desde la Ley 100 de 1993. Recuérdese que la Constitución establece que los recursos son de destinación exclusiva para la salud lo que nunca hizo cumplir ningún gobierno. El ministro complementa diciendo que se trata de “un nuevo equilibrio entre esos pesos y contrapesos que se traduzca en una mejor calidad de los servicios”. ¿Algo nuevo bajo el sol?</p>
<p>➤ El Ministro no sólo no menciona este proceso, sino que parece haber abandonado sin mayor explicación la idea de debatir primero la ley estatutaria para orientar la discusión sobre una ley ordinaria que, de manera coherente, le dé forma a un sistema de salud garante de este derecho.</p>
<p>➤ El Ministro no menciona los asuntos más significativos de la crisis: ¿Cómo las EPS van a pagar la deuda de unos 8 billones de pesos a clínicas y hospitales? ¿Cómo va a manejar el tema del control de los precios de los medicamentos? ¿Cómo va a regular el tema de los medicamentos biotecnológicos de manera que deje que entren en competencia los diferentes productores? ¿Cómo va a manejar las órdenes de la Corte Constitucional?</p>
<p>➤ Por lo anterior, consideramos que la propuesta del Ministro no puede ser aceptada. Su obstinación en mantener a las EPS a toda costa y a todo costo apropiándose de los recursos públicos y dándoles funciones oligopólicas, en sostener la nefasta integración vertical, en desconocer las precarias condiciones laborales de los trabajadores de la salud y en trabajar para el beneficio de las multinacionales de toda índole, llevarán a una nueva catástrofe a la población colombiana y a la deslegitimación del Gobierno Nacional</p>

Por lo anterior, la CSR considera necesario comenzar un debate público nacional sobre la reglamentación del derecho a la salud en términos de su contenido esencial y de los grandes lineamientos para su garantía por parte del Estado colombiano. Al respecto, la CSR construyó un proyecto de ley estatutaria (N° 105-2012 Senado), acogido por 18 parlamentarios de seis diferentes partidos. Este proyecto se ha integrado con el N° 112-2012 Senado con base en sus confluencias, que espera avanzar en el primer debate que deberá realizarse en la Comisión Primera del Senado, a partir de las ponencias presentadas para tal efecto.

Ahora, más que nunca, se requiere la unidad de todos los actores sociales que buscan una transformación completa del Sistema de Salud que le sirva a la población colombiana en la satisfacción de sus necesidades.