

## Ley ordinaria de salud: que algo cambie para que todo siga igual o peor

Autor: Román Vega Romero, profesor titular Pontificia Universidad Javeriana

Luego de haber hecho aprobar en el Congreso de la República la Ley Estatutaria por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud el gobierno ha presentado otro proyecto de Ley Ordinaria “por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud” (SGSSS). Este proyecto de ley tiene como marco de referencia obligatorio la Ley Estatutaria que define el contenido de los límites de la racionalidad política, económica, técnica y valorativa en los cuales se redefinirá el SGSSS.

Es sabido que dicha Ley, que fue aprobada por el la bancada de la Unidad Nacional bajo la presión del gobierno, establece una noción selectiva del derecho fundamental a la salud al reducirlo a un paquete de beneficios médicos costo-efectivos. Sabemos que la salud no sólo es un derecho fundamental autónomo que permite a todas las personas aspirar a gozar del más alto grado posible de salud que les permita vivir dignamente sino que es indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y, más allá de la atención médica, depende de otros derechos económicos, sociales y culturales (alimentación, vivienda, trabajo, educación, entre otros) como lo establece la Observación General No. 14 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. Este Consejo aclara que “Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud”. De acuerdo con estas definiciones el Estado colombiano tiene la obligación de respetar, proteger y garantizar la noción integral de derecho a la salud, incluido el acceso universal y equitativo a un sistema de salud. En particular el Estado debe garantizar la adopción de medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, promocionales, entre otras, adecuadas para realizar en forma plena el derecho a la salud.

Sin embargo, el gobierno ha impuesto la tesis maniquea según la cual es necesario limitar el derecho a la salud a un *núcleo esencial* porque no habría recursos para incluir todos los derechos relacionados con la salud y con el acceso universal a un sistema de atención de salud que satisfaga equitativamente las necesidades de la población. En realidad no es el sistema de salud la institución que debe garantizar ese conjunto de derechos relacionados con la salud sino el Estado mismo, que según la Constitución Política de 1991 es un Estado Social de Derechos. No sólo los gobiernos sucesivos se han negado a hacer una reforma tributaria realmente progresiva que grave proporcionalmente más a los dueños del capital y permita garantizar el derecho integral a la salud, sino que sucesivamente han venido introduciendo reformas legislativas que anteponen el criterio de disciplina fiscal a la de garantía integral de los derechos, con lo cual limitan cada vez más el alcance de los mismos.

Además, recordemos que la Ley 100 de 1993 creó las bases para la vinculación de los fondos sociales de pensiones, riesgos laborales y salud a los mercados de capitales mediante el manejo financiero intermediado de los mismos por empresas privadas como las EPS, y que simultáneamente permitió entregar gran parte de los servicios sociales y de salud al sector privado, focalizando el papel del estado hacia la regulación, control y vigilancia de dichos mercados. Para garantizar las utilidades y rentas de los inversionistas del gran capital nacional y transnacional en distintos sectores de la economía y en el sector

salud en particular, el gobierno busca establecer instrumentos que le permitan controlar tanto el gasto fiscal como los costos de la atención de la enfermedad en función de estos intereses. Es en este escenario que el gobierno actual pretende “redefinir” el SGSSS.

Así, por ejemplo, cuando el proyecto de ley ordinaria se refiere al manejo público unificado de los recursos destinados a la financiación SGSSS a través del fondo único pagador ahora denominado Salud-Mía, se delega la administración de los recursos públicos en agentes privados ahora denominados Gestores y se establece que los recursos serán de ellos y no del sistema, con lo que seguirán controlando el acceso a los servicios y la autorización de los pagos a los proveedores directos de los servicios. 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, poco interés tendrán en promover la salud y prevenir la enfermedad y, por el contrario, podrán introducir barreras de acceso y prácticas similares a las glosas para reducirlo en su particular provecho.

En adelante el POS tendrá el nombre de Mí-Plan. Se trata solamente de un conjunto de prestaciones individuales y biomédicas 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. Con la persistencia de la separación entre prestaciones individuales y acciones de salud pública el proyecto mantiene los fundamentos de mercado de la Ley 100 de 1993 que convirtió a los primeros en bienes privados para efectos de su aseguramiento y prestación, y a los segundos en bienes públicos a cargo del estado. El que la prestación de las acciones individuales y colectivas de salud se realice mediante instituciones prestadoras de servicios de salud privadas, mixtas y públicas sin mayor regulación de las primeras por el estado ni fortalecimiento real de las últimas 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 Gestores serán los encargados de articular y operar las redes de prestadores de servicios de salud y de controlar el acceso a la atención individual de los afiliados a su cargo. Los Gestores podrán integrarse verticalmente con prestadores de servicios primarios de salud de su propiedad que formarán parte de la red que articulen. Esta integración vertical permitirá a los Gestores concentrar la propiedad de los servicios de atención primaria y convertirlos, así como el control del acceso a la atención, en instrumentos de control de costos en función de la rentabilidad del negocio.

Con la autorización de convertir las EPS en Gestores con todo y afiliados, el proyecto de ley abre una puerta para mantenerlas vigentes. Todos conocemos 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.

Los Gestores tendrán prebendas para mantener seguro el negocio. Así, por ejemplo, para reducir sus gastos seguirán cobrando copagos y cuotas moderadoras a los pacientes, cuando

está demostrado que éstos son una barrera de acceso económica de las poblaciones de bajos ingresos a los servicios de salud. A los Gestores 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.

Este proyecto de ley carece 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.

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). Como en una misma AGS podrán operar varios Gestores según la “libre” elección que de ellos hagan los afiliados, la competencia entre Gestores 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). 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.

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 Gestores 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 del estado 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.

Los Gestores, las compañías de empresas de medicina prepagada y las compañías de seguros podrán desarrollar planes de cobertura complementaria y usar la UPC de cada afiliado para garantizarlos. Esta formulación, junto con la conversión de los recursos públicos del SGSSS destinados a las prestaciones individuales en privados luego de ser transferidos desde Salud-Mía a los agentes del Sistema, es una estrategia para legitimar la privatización de esos recursos una vez que están en manos de los operadores y aseguradores privados, 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. El proyecto establece una nueva regulación laboral que convierte a los trabajadores que “cumplen funciones asistenciales en salud, de cualquier nivel jerárquico, con excepción de los empleos clasificados en el nivel directivo, relacionadas con la atención directa en salud a los pacientes en actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación” en empleados públicos de libre nombramiento y remoción. 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 Gestores y en las AGS.

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.