

Reforma al sistema de salud: QUE TODO CAMBIE PARA QUE TODO SIGA IGUAL

Juan Ahumada Farietta

Abogado, asesor sindical,
miembro de Cedetrabajo, seccional Manizales.

El gobierno de Juan Manuel Santos presentó una Reforma al Sistema de Salud que cambia el nombre de las Entidades Promotoras de Salud por el de Gestores de Servicios de Salud; mantiene el sistema de intermediación y aseguramiento, mejorando así el negocio de los intermediarios financieros; otorga a los mencionados Gestores el monopolio sobre regiones y deja los precios de los medicamentos al vaivén de un mercado sometido a los TLC.



Bati

La suma de muchos males llevó a que la opinión pública identificara a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) como el personaje perverso en la tragedia de la salud. Se sumaron, durante dos décadas, las quejas puntuales de miles de pacientes –que obligaron a los medios a mencionarlas–, la quiebra de hospitales y clínicas históricamente reconocidos y las violaciones descaradas de la ley por parte de los intermediarios financieros, para dar lugar al clamor urgente de reforma al sistema. Simultáneamente, la jurisprudencia de la Corte Constitucional definió el derecho a la salud como fundamental, lo que estimuló a la academia, a las asociaciones científicas y a las organizaciones de usuarios a reclamar su positivización constitucional y a desarrollar proyectos de ley estatutaria y ordinaria.

Agotada la imagen pública de las EPS, Santos presentó el Proyecto de Ley Ordinaria 209 de 2013, que se debatirá en el Congreso y que se definirá en el segundo semestre del año en curso, con la certeza de ser aprobado finalmente por las mayorías abrumadoras de la Unidad Nacional. Para evitar que conceptos como el de Estado Social de Derecho modularan la interpretación neoliberal, simultáneamente se presentó, y se sacó adelante en el Parlamento, el Proyecto de Ley Estatutaria que a estas alturas sólo espera la rúbrica presidencial.

Una Ley Estatutaria para limitar el derecho fundamental

La Ley Estatutaria consagró en su artículo 5° la sostenibilidad fiscal como principio, sujetándose al Acto legislativo 3 de 2011. Con esto, además de limitar cualquier decisión judicial, administrativa o legal y en especial las decisiones de tutela, se salvaguarda la ganancia de los intermediarios financieros, parecida a la garantía de ganancia ya concedida a los inversionistas privados en los servicios públicos domiciliarios. Dicha disposición reafirma en el parágrafo del artículo 5°, que iguala el principio de la sostenibilidad con los de accesibilidad, equidad, oportunidad, universalidad y continuidad, prohibiendo que a estos últimos se les privilegie sobre el primero.

Se complementa la Ley Estatutaria con formulaciones vagas disfrazadas de logros, como

aquello de que los trabajadores deben gozar de condiciones de trabajo dignas y justas, las cuales ya están vigentes para todos los trabajadores por mandato del artículo 25 de la Constitución Política de Colombia de 1991, pero que se contradicen, en el mismo artículo, con postulados como la “igualdad de oportunidades” con que se justificó –entre otras– la generalización de los contratos a término fijo, la reducción de recargos por horas extras y nocturnas y el recorte de indemnizaciones, para no hablar del inmenso boquete que representan las provisionalidades, los contratos civiles, los contratos sindicales, las Ordenes de Prestación de Servicios, OPS, las Sociedades por Acciones Simplificadas SAS y otras figuras que desfiguran el contrato laboral. Otro logro aparente es la institucionalización del control de precios de los medicamentos, pues este se limitó al ámbito de la distribución, dejando a los vaivenes de la oferta y la demanda el mercado al detal, que es controlado por monopolios. En todo caso, los medicamentos estarán sujetos al gravamen de los derechos de propiedad intelectual, consagrados en los Tratados de Libre Comercio. En México, con la entrada en vigencia del TLCAN, los precios se elevaron en 800%.

La Ley Ordinaria, lo mismo y peor

Aprovechando que el grueso de los quejosos –para no decir víctimas– del actual sistema de salud, centran sus reclamos en las secuelas que sufren pacientes, trabajadores de la salud y entidades prestadoras de los servicios de salud, pero pocos apuntan su crítica a las causas estructurales de la crisis, Santos y su pandilla hacen modificaciones cosméticas. En el Proyecto de Ley Ordinaria, dejan incólume el actual sistema de intermediación y aseguramiento, inclusive mejorando el negocio de los intermediarios financieros, ahora pomposamente llamados Gestores de Servicios de Salud, GSS.

Para entender esto, se debe tomar nota de que la Reforma deja vigente la mayor parte del articulado de la Ley 100 de 1993, en especial aquello de que los hospitales son “autónomos” financiera y administrativamente, sujetos a las reglas de la contratación privada y que venden servicios a un intermediario, lo cual los somete a las presiones del mercado y abre la puerta a las

reestructuraciones y liquidaciones. De antemano, se mantendrá el derecho del intermediario de “verticalizar” servicios en un 30%, es decir, de montar y monopolizar directamente como negocio la prestación de los servicios más convenientes a su interés.

En primer lugar, en la Reforma sigue omnipresente el llamado “aseguramiento”, con su siamés, el “riesgo”, palabreja esta que aparece 15 veces en el proyecto oficial, ante lo cual se debe advertir que hay mucha distancia entre la función de administrar y la función de asegurar. Administrar, como función contratada, consiste en que a una persona se le encomienda manejar unos bienes, hacer gastos, recaudar recursos y demás funciones relacionadas, para que, al final del ejercicio, devuelva íntegramente lo administrado al propietario y pueda cobrar por su función una cifra previamente pactada. En cambio, si se trata de aseguramiento, el empresario cobra por correr el riesgo de que suceda un evento catastrófico y de no darse este, se quedará con la totalidad de lo pagado por el tomador. Por ejemplo, si un ciudadano compra un tiquete con su correspondiente seguro de vida y el vuelo termina bien, la aseguradora toma la totalidad de la prima de seguro.

Cuando promovieron la Ley 100, vendieron a las EPS como administradoras de los recursos destinados a la salud, pero –de hecho– actuaron como aseguradoras. Ahora las GSS van a administrar igual, es decir asegurando. El proyecto de la “Manguala Nacional” contempla que el Gestor recibirá por “administración” una suma fija anual para financiar los gastos de administración y un valor per cápita ajustado por riesgo por la población a su cargo. A la vez “pactará”, se entiende, bajo las reglas del sacrosanto libre mercado, con el prestador el pago de los servicios por población o por evento (artículos 33 y 34). Entonces se seguirán “pactando” las mismas formas de pago

que rigen en la actualidad, a saber, pago por capitación para el nivel básico y pago por evento para los niveles especial y especializado, según confiesa el Ministerio del Trabajo en su página web.

En la forma de pago por capitación, determinada para el nivel básico, la GSS recibe un suma fija por número de afiliados y “negocia” con los urgidos prestadores el monto a pagar por garantizar la atención de determinado número de pacientes, quedándose con la diferencia. En esta fórmula, el prestador es quien asume los riesgos de epidemias, catástrofes naturales y costos altos por atención a la tercera edad, etcétera.

En la forma de pago por evento, que aplica –según el Ministerio de Salud y Protección Social– para los niveles especial y especializado, la GSS recibe un monto por número de pacientes asignados en su región, pero a la prestadora directa se le paga por cada tratamiento, aplicando una estructura tarifaria basada en promedios nacionales, que, de entrada, deja en desventaja a los prestadores pequeños y a los ubicados en zonas lejanas, los cuales tienen costos fijos mayores. En general, la diferencia se la quedará la GSS. No faltarán por supuesto las glosas, obstáculos, demoras y demás mecanismos que reducen los costos del tratamiento, todo lo cual aumentará la ganancia del “gestor”. Poco importa que los recursos sean recaudados por un fondo único nacional, porque al final de cuentas, la GSS se apropiará de la diferencia y procurará que sea lo más alta posible.

Fueron estos mecanismos de pago y control los que llevaron a los hospitales “autónomos”, en el afán de sobrevivir, a eliminar servicios no rentables como la disposición de stocks de vacunas antirrábicas y antitetánicas, suero antiofídico y otros insumos necesarios pero de uso poco probable; a reducir los costos laborales mediante las infames Cooperativas de Trabajo Asociado; a disminuir el tiempo de hospitalización de los pacientes para



preferir la venta de “hotelería” a los familiares acompañantes y, en momentos de crisis, llegar al colmo en los hospitales de provincia de hacer que los familiares asumieran la administración de la comida y el servicio de lavandería, y en las ciudades dejar que los celadores califiquen las urgencias. Con el mismo fin, los prestadores privados promovieron la venta de servicios complementarios a cargo del paciente y sus familiares, y vetaron pacientes de escasos recursos.

Sin embargo, la crisis se generalizó exigiendo salvavidas periódicos con recursos del Fondo de Seguridad y Garantía (Fosyga) en los gobiernos de Samper y Pastrana, o la creación de impuestos en el mandato uribista, que siempre se condicionaron a la reducción de gastos en el sector público y se confiaron al “emprendimiento” del sector privado. En la otra orilla, las EPS se quedaron en promedio con el 40% de los recursos destinados a la salud y desviaron dichos recursos administrados para acrecentar los activos propios.


En el Proyecto de ley ordinaria, para colmo de males, la reforma santista ordena dividir el país por regiones, cada una de las cuales se entregarán para administración exclusiva de una GSS, monopolio que les permitirá someter a prestadores públicos y privados, especialistas, laboratorios, servicios de ambulancia y otros, escogiendo inclusive a cuál arruina.

Todo se corona con otra restricción a la Acción de Tutela, que además de la mencionada sostenibilidad fiscal, crea en el artículo 17 la acción de nulidad contra las exclusiones de algún servicio o tecnología en el antiguo Plan Obligatorio de Salud (POS) llamado ahora MI-Plan, con lo que desplaza la acción de tutela, que sólo es pertinente cuando no existe otra vía judicial.

La batalla del segundo semestre

En el segundo semestre de 2013 se hará el debate de la ley ordinaria. Algunos sectores sociales, enfatizando su interés particular, vacilarán o guardarán discreto silencio, pues –hábilmente– han adherido al proyecto oficial los compromisos de que el gobierno central responderá por los pasivos pensionales anteriores a la aprobación de la Ley 100 y que se pagarán a los prestadores directos de servicios de salud las deudas acumuladas de las EPS. Además, se elimina el concurso para elegir directores de hospitales y se le girarán recursos directos a los municipios, procurando alegrías parciales a los mandatarios de los entes territoriales. Con estas medidas se resuelven necesidades acuciantes que poco o nada tienen que ver con una reforma estructural del sistema de salud.

La habilidosa presentación del gobierno busca neutralizar a varios sectores, satisfaciendo dos o tres necesidades puntuales, para evitar una reacción análoga a la que produjo la afortunadamente malograda Reforma a la Justicia. Si se aprueba la reforma tal cual, pasarán cinco o diez años para que la opinión pública se dé cuenta que todo cambió para que todo siguiera igual.

Por lo anterior, es necesario continuar el debate contra el Proyecto de Ley Ordinaria, propendiendo por la conformación de un frente común de trabajadores, gremios de profesionales de la salud, prestadores públicos y privados, y usuarios que aparten los velos y abran el camino para que una multitud hunda el modelo de aseguramiento. 

Si se aprueba la reforma tal cual, pasarán cinco o diez años para que la opinión pública se dé cuenta que todo cambió para que todo siguiera igual.