

La Reforma de Salud: Un paso adelante y 100 atrás!

Bernardo Useche Aldana – PhD

Las dificultades enormes en la prestación de los servicios de salud, la crisis de los hospitales públicos y privados, las anomalías en las EPS y la inconformidad de la población han llevado a que el gobierno, para mantener la estructura de la Ley 100, haga toda clase de piruetas con tal de implementar las recomendaciones del Banco Mundial y la OCDE, mientras que aparenta hacerlas en beneficio de la población.
Deslinde

Una estrategia poco original

Luego de la derrota propiciada por el movimiento “Por una salud digna” al proyecto de ley de reforma ordinaria del gobierno en el año 2013 (1), el gobierno Santos trazó una política para recuperar la iniciativa e imponer su reforma consistente en: 1) expedir decretos ministeriales, 2) intentar de manera inconstitucional abstenerse de sancionar la Sentencia de la Corte Constitucional sobre la Ley Estatutaria con la pretensión de modificarla; y 3) incluir en el Proyecto del Plan Nacional de Desarrollo 11 artículos para establecer el modelo de salud contemplado en el proyecto que no pasó en el Congreso.

El cambio de estrategia se explica por dos razones principales: El empeño del gobierno en mantener y consolidar un modelo de salud basado en la economía neoliberal o de libre mercado en beneficio de la intermediación financiera y el aseguramiento en salud materializado en Colombia en las EPS. Y por la dócil obediencia de Santos a los mandatos de las organizaciones financieras internacionales, las cuales no solo deciden en de talle el contenido de la reforma sino también orientan las tácticas para su implementación: Peter Berman y otros economistas de la salud afiliados con el Banco Mundial (BM) han diseñado un sistema de “Análisis de los Sistemas de Salud” (HSA por sus iniciales en inglés) con el propósito de “influnciar” la aplicación de las políticas y la implementación de las reformas de salud “recomendadas” por el Banco (2).

El Banco recomienda variar la estrategia dependiendo del apoyo o la oposición que suscite en un país una determinada reforma de salud. En algunas ocasiones se podrán imponer “Grandes Reformas” y en otras “pequeñas reformas” que tendrán un efecto acumulativo hasta lograr los objetivos (3). Es en este contexto que el ministro Gaviria pasó de defender con ahínco el proyecto de ley de la gran reforma ordinaria en el 2013, a afirmar en septiembre de 2014: “La enseñanza que nos quedó del proceso de la ley ordinaria es que las reformas deben ser más enfocadas, ojalá centradas en aspectos puntuales” (4).



Hay que reconocer que al libreto del BM sobre implementación de reformas de salud, Santos y su ministro han aportado un recurso muy nacional: “la marrullería”. Para el gobierno es fundamental que lo aprobado en leyes generales de salud sea

complementario y no obstaculice o invalide los decretos y normas expedidas por el ejecutivo; de ahí que el Presidente de la República de manera inconstitucional se hubiera negado a sancionar la Ley Estatutaria en los tiempos previstos; es también por esta razón que el ministro a pesar de los trazos de ilegalidad de su conducta propuso al Congreso volver a discutir la Ley. (5)

La Corte Constitucional y la Ley Estatutaria

La Ley Estatutaria de Salud aprobada por el Congreso de la República el 20 de junio de 2013 no modificó los principios básicos de la Ley 100 y mantuvo intacto el sistema de aseguramiento y el predominio de las EPS. En esto no difiere del proyecto de Ley Estatutaria presentado al Congreso por el Presidente Santos en octubre de 2010, la cual finalmente no fue aprobada (en esa ocasión fue aprobada la Ley Ordinaria 1438 de 2011). La diferencia radica en que en el primer proyecto, los principios neoliberales del BM fueron enunciados casi de manera textual, mientras que en esta ocasión se empleó un lenguaje que raya con lo vergonzante cuando para dejar en firme el sistema de aseguramiento, la ley estatutariase refiere a las EPS en términos de la

“entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud” (art. 14). El viceministro Ruiz celebró la nueva ley afirmando que su aprobación era “una experiencia inédita en el mundo” pero el ministro Gaviria se encargó de aclarar que aunque en el Artículo Primero se declara “garantizar el derecho fundamental a la salud”, de lo que se trata en los demás artículos es de regular ese derecho y de establecer entre otras disposiciones, “reglas claras” para la “incorporación de las nuevas tecnologías” “manteniendo la sostenibilidad del sistema de salud”.

El 24 de octubre de 2014, la Corte Constitucional avaló la Ley Estatutaria pero introdujo modificaciones que ratificó el 3 de diciembre siguiente luego de corregir equivocaciones menores en la escritura del texto de su sentencia. Con los cambios, la ley que había provocado tanto regocijo en el alto gobierno, ahora produjo una respuesta airada y poco respetuosa del ministro: “Magistrados no entendieron Ley Estatutaria que aprobaron”, “La Corte Constitucional quiere que todos los colombianos coman langosta” fueron algunas de sus declaraciones a la prensa.

La razón del enojo del gobierno reside en que los cambios hechos a la ley por la Corte se convierten en un obstáculo para su propósito de salvar a las grandes EPS en problemas; golpear la tutela; limitar la atención de urgencias al momento inicial de prestación del servicio; y ejercer control al precio de los medicamentos pero sin afectar las inaceptables tasas de ganancia de las casas farmacéuticas. Pero además, las modificaciones de la corte obstaculizan uno de los principios neoliberales del negocio del aseguramiento en salud: la existencia de dos planes de beneficios, lo que se conoce como Plan Obligatorio de Salud – POS y el NO POS. Con el argumento de que no hay país en el mundo que pueda ofrecer todos los medicamentos y nuevas tecnologías en salud por su alto costo, argumento que no ha tenido el debate que se merece, el gobierno pretende establecer exclusiones explícitas y además, tener autonomía para definir qué servicios se incluyen en el plan de beneficios de lo que ahora es el POS unificado para los regímenes contributivo y subsidiado. El objetivo es exigir copagos para los medicamentos, procedimientos y tecnologías que sean excluidos del POS (6) al tiempo que se amplía el mercado para la medicina prepagada y las pólizas de seguros de salud con los servicios del NO POS.

De acuerdo con la constitución y la ley, el texto definitivo e inmodificable de la Ley Estatutaria de Salud es el producido por la Corte Constitucional en la Sentencia C-313/14 finalmente sancionado por el presidente Santos el 16 de febrero de 2015. Este texto permite abrir de nuevo el debate sobre el derecho fundamental a la salud y ofrecer resistencia a la andanada de medidas contra la salud de la población derivadas de la profundización del modelo de salud en que está empeñado el gobierno. Sin embargo, no resuelve ni los problemas estructurales ni la crisis en que

se encuentra el sistema pues está concebido para servir de marco legal al renovado negocio de las aseguradoras/EPS.

Por su parte, el comportamiento inconstitucional del Presidente de no sancionar la Ley en el plazo previsto y el intento fracasado del Ministro de devolver al Congreso el texto de la ley con la pretensión de modificar la sentencia de la corte, evidencian el propósito de cumplir con las condiciones que aceptó el gobierno al recibir los millones de dólares del préstamo programático del BID que financia la actual reforma (7), así como el afán de ajustarse a las medidas necesarias neoliberales de eficiencia que exige la OCDE a los sistemas de salud (8, 9).

El decreto regalo de navidad para las EPS

El 23 de diciembre de 2014, iniciada ya la distracción nacional de las fiestas de fin de año, el Ministerio de Salud expidió el Decreto 2702 (10) que es un instrumento para consolidar al sistema de salud colombiano como un sistema de aseguramiento en el que las EPS son el asegurador. El aseguramiento lo define el decreto en términos del art. 14 de la Ley 122 del 2007 como “la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud...”. Mientras la gestión del riesgo en salud se orienta a identificar los factores de riesgo de la población para enfermarse y por lo tanto facilita planear las actividades de prevención y promoción de la salud, la gestión del riesgo financiero en el negocio asegurador tiene como finalidad calcular “la probabilidad de que los siniestros superen el valor de la prima. En el caso de las EPS, que la facturación por enfermedades de los afiliados superen los ingresos operacionales por concepto de UPC.” (11)

Esto implica que con la gestión del riesgo financiero, contrariamente a la definición repetida en el Decreto 2702, las EPS procuran prevenir pérdidas económicas, garantizar el incremento de su patrimonio y maximizar ganancias, a costa de reducir el acceso y la calidad de los servicios de salud para la población; o lo que es lo mismo, el sistema de aseguramiento en salud requiere de un plan de beneficios reducido y de condiciones de contratación y de pago onerosas para las clínicas, hospitales y demás Empresas Prestadoras de Servicios (IPS). La intermediación de las EPS entre las IPS y la población conlleva inevitablemente a que se brinden cada vez menos cuidados de salud a quienes más lo necesitan y a que la gestión del riesgo financiero interfiera y bloquee la gestión del riesgo de salud.

No habían terminado los festejos de fin de año cuando el ministro Gaviria planteó en entrevista con Yamid Amat que “el decreto de habilitación financiera de EPS permitirá

un control estricto de los recursos”. Sin embargo, pronto se descubrió que más que eso, lo importante para el gobierno es salvar las EPS que no cumplen con los requisitos de capital, reservas y patrimonio para poder funcionar y que el artículo 9 referido al “Plazo para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia” es en realidad, como lo calificará el Director de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas y Hospitales (ACHC) una “amnistía” de 7 años en los que podrán continuar haciendo uso de recursos del Estado. Amnistía que implícitamente reconoce que la mayoría de las EPS operan sin cumplir con las normas establecidas años atrás y que además de anunciar que todo seguirá igual, expone a los prestadores de salud y sus afiliados a la intermediación de unas “entidades que no nos garantizan que tienen la manera para responder ni por la siniestralidad, ni por el manejo de los dineros, ni por la gestión del riesgo en salud”. (12, 13)



La reforma de salud del Plan Nacional de Desarrollo

En el Proyecto de ley del Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018 (PND) presentado al Congreso de la República (14) el gobierno incluyó una completa reforma de salud en formato comprimido con el objetivo de aprobar los “artículos legales” (según expresión del ministro Gaviria) con las normas que no pueden ser expedidas por decreto.

Lo primero que se plantea en el artículo 61 es un Modelo Integral de Atención en Salud para todo el territorio nacional y propone “rutas de atención” y redes integrales de servicios para el mantenimiento y promoción de la salud con las cuales se supone que el objetivo es superar

la fragmentación existente en el sistema a la vez que se incorporan los programas de salud pública. En la práctica, lo que se hace es parafrasear el artículo 7º del proyecto de ley de reforma ordinaria que se hundió en el Congreso y que daba vía a que las EPS que operaran en una determinada área geográfica elaboraran y dirigieran un plan territorial de salud con intervenciones individuales y colectivas, con lo que se les otorga predominio y control sobre las IPS del sector. En el párrafo se autoriza a Minsalud para que en áreas con población dispersa otorgue el monopolio del mercado

a una o dos EPS como ya se hizo para el Departamento de Guainía en el artículo 13 del Decreto 2561 del 12 de diciembre de 2014.

Se crea un fondo que sustituya al Fosyga, es decir se presenta una nueva versión de “Salud Mía”, el fondo único propuesto en el fracasado proyecto de reforma ordinaria, solo que ahora no es un fondo con funciones de recaudo, afiliación o aseguramiento, las mismas que ejercerán las EPS. Y se deja abierta la puerta para viejas o nuevas formas de intermediación financiera al dejar como opción la administración “indirecta” de los recursos del fondo. Este es uno de los artículos más lesivo para los intereses de la nación pues claramente el fondo o “unidad de gestión” está diseñado para entregar los recursos a las EPS y no para financiar la atención de las necesidades de salud de la población, así se estipule que “se girarán prioritariamente a las IPS”. (Art. 62)

Se destaca que serán recursos del fondo, los copagos a cargo de los pacientes por servicios NO POS.

Por su parte, los dineros del fondo se destinarán en primer lugar a pagar el aseguramiento de las EPS aunque también al fortalecimiento de la red pública hospitalaria; pero eso sí: “Este gasto se hará siempre y cuando en la respectiva vigencia se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud” (literal e). ¡Sin comentarios! (Art. 63)

Se corrobora que las EPS y el aseguramiento operan a través de mecanismos de intermediación financiera al introducir como parte del sistema de salud, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. Sin ocultar su afán por rescatar a Saludcoop, el gobierno posibilita explícitamente su conversión en Sociedad Anónima. (Art 64)

Se refiere a la declaración de emergencia sanitaria, tácito reconocimiento de la vulnerabilidad y limitaciones del sistema de salud, autoriza al gobierno para solicitar “ayuda externa” y para financiar la atención de la emergencia con recursos del fondo. (Art 65)

Dos artículos del PND son particularmente lesivos para la red pública hospitalaria en un momento en que el 59% de los hospitales públicos del país se encuentran en riesgo financiero alto o medio. El artículo 71 que prevé liquidarlos y el artículo 72 que no obstante adoptar la “política nacional de trabajo decente”, exige el cumplimiento de las normas laborales que regulan la “tercerización”.

Finalmente, en el artículo 200 del PND se derogan entre otros los artículos de la Ley 1438 de 2011 concernientes a la Atención Primaria en Salud. La prevención y promoción de la salud quedan reducidas entonces a intervenciones individuales y

colectivas con la intermediación de las EPS, tal como se había determinado inicialmente en la Ley 100 de 1993. Una nueva indicación de que la gestión del riesgo en salud no es lo principal en el sistema de aseguramiento que se busca consolidar.

La posición de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

El 4 de febrero de 2015, la ACHC que representa los intereses de los prestadores privados emitió un comunicado de prensa tomando posición frente al decreto de habilitación de las EPS y el PND (15). La ACHC ha investigado y documentado con rigor el comportamiento de la deuda de las EPS con las IPS durante los últimos 16 años. “La cifra que tenemos, con corte a junio de 2014, es de 5,5 billones de pesos, basados en una muestra de 130 hospitales con 58% de cartera vencida, siendo el principal deudor en el contributivo la Nueva EPS, que ha venido mejorando un poco su morosidad. Muy de cerca están Coomeva y Saludcoop y en el subsidiado está el lunar de la administración pública que se llama Caprecom. En marzo conoceremos la cifra actualizada a diciembre” afirmó Juan Carlos Giraldo, Director de ACHC en una entrevista el 9 de febrero pasado (12). Mientras se les somete a esta asfixia presupuestal, a las clínicas y hospitales se les carga la responsabilidad de la atención a la población. Las conclusiones de la evaluación que hacen las IPS de las recientes medidas del gobierno son categóricas: 1. El sector salud no se ha estabilizado ni asistencial ni financieramente” 2. “El decreto de habilitación de EPS es la apuesta decidida del Gobierno para mantener el falso esquema de aseguramiento en salud” 3. “El Plan Nacional de Desarrollo no es el espacio para la reforma que el sector salud necesita” (15).

La ACHC no duda en afirmar que “La verdadera reforma implicaría un cambio profundo en la manera de operar el sistema, empezando por la reubicación a nivel central del aseguramiento, la preservación los recursos en un nivel diferente al que hoy se está manejando, un cambio profundo en el modelo de atención privilegiando lo preventivo, la integración real de las redes de atención, la eliminación de la integración vertical y la repotenciación del papel de las Entidades Territoriales, entre otros” (15).

1. Useche, B. (2014). *En Colombia es factible y necesario un modelo de salud sin aseguramiento. Deslinde* 55, 4-12

2. Berman, P. and R. Bitran (2011) "Health Systems Analysis for Better Health Systems Strengthening" HNP Discussion Paper, The World Bank, Washington, D.C.
3. Berman Peter A., and Thomas J. Bossert. A decade of health sector reform in developing countries: what have we learned? Data for Decision Making Project, International Health Systems Group, Harvard School of Public Health. Washington, d.c., 2000.
4. Revista Dinero 7/9/2014 7:00:00 AM. Reforma a la salud no va más. <http://www.dinero.com/pais/articulo/gobierno-no-insistira-reforma-salud/198341>
5. Robledo, JE. La ilegalidad y la marrullería como norma. Bogotá, 14 enero 2015
6. Hernández, M. La novela de la ley estatutaria en salud. Razón Pública 8 de febrero 2015. <http://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/8232-la-novela-de-la-ley-estatutaria-en-salud.html>
7. Ahumada, J. Pocas pero graves novedades en la ley estatutaria del derecho a la salud. Revista Deslinde No 56 pp 38-43 Septiembre-octubre 2014
8. OECD 2010, "Health care systems: Getting more value for money", OECD Economics Department Policy Notes, No. 2.
9. Joumard, I., C. André and C. Nicq (2010), "Health Care Systems: Efficiency and Institutions", OECD Economics Department Working Papers, No. 769, OECD Publishing.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto No 2702 de 23 diciembre 2014. Por el cual se actualizan y unifican las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud y se dictan otras disposiciones.
11. Opinion&Salud.com Orozco, JM. Miércoles, 09 Noviembre 2011. La Vigilancia de la Administración del Riesgo Financiero en Salud, sus Implicaciones a la luz de la Teoría de Seguros"
12. Opinion&Salud.com Lunes, 9 Febrero 2015. Cambio del sistema de salud no da espera: Asociación de Hospitales y Clínicas. Entrevista de Natalia Pertuz a Juan Carlos Giraldo Director ACHC.
13. ConsultorSalud. Entrevista al doctor Juan Carlos Giraldo Valencia, Director General de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas – ACHC. 10 de febrero de 2015.

14. Mauricio Cárdenas Santamaría. Proyecto de ley “Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: Todos por un nuevo país”.

15. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC. Comunicado de Prensa. Medidas de Gobierno Nacional no estabilizarán el sistema de salud. 4 de febrero 2015