

Por un nuevo modelo de salud sin aseguramiento



**Bernardo Useche
Aldana**

Juan Ahumada Farieta

Wilson Cediél Marín

Según reciente estudio del Instituto Nacional de Salud: “Durante el periodo 1998-2011, se reportaron en Colombia un total de 2’677.170

muerter, de las cuales 1’427.535 (53%) correspondieron a causas clasificadas como evitables” (sn). “La muerte evitable se define como aquella muerte que dado los conocimientos médicos actuales y la tecnología, podría evitarse por el sistema de salud a través de prevención y/o tratamiento”¹(sn). El que una de cada dos muertes hubiera podido evitarse si el sistema de salud brindara real acceso y atención de calidad a la población es la más contundente evidencia de que el modelo de la Ley 100 fracasó y debe ser reemplazado.

Un nuevo modelo de salud en Colombia requiere, ante todo, de la derogatoria del sistema de intermediación y aseguramiento instituido con la Ley 100 de 1993, la Ley 122 del 2007, la Ley 1438 de 2011 y los decretos reglamentarios, incluidos los dictados por el gobierno de Juan Manuel Santos, así como que no se apruebe el paquete de artículos incluidos en el Proyecto del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. La política oficial se sintetiza en el Decreto 2702 de 2014 que, aunque dice que fortalecerá la red pública hospitalaria, prioriza las EPS al decir que “Este gasto se hará siempre y cuando en la respectiva vigencia se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud” (Art. 63 literal e).

En la actualidad, MinSalud opera como implementador de las políticas del BM, el BID y la OCDE, y como “coordinador general” del negocio del aseguramiento de las EPS. El modelo de aseguramiento en salud se fundamenta en el absoluto predominio de la gestión del riesgo financiero sobre la gestión del riesgo en salud, lo que conlleva al

desconocimiento del evento catastrófico para garantizar la mayor ganancia a las EPS. Éstas, además de obtener inmensos márgenes de ganancia y desviar los recursos de la salud para otros negocios, no reconocen las deudas causadas por las prestaciones de las IPS, dilatan los pagos y negocian con ventaja las conciliaciones, y las deudas de las EPS liquidadas quedan en el papel. La remisión de pacientes se limita a la red de IPS contratadas por cada EPS, está sujeta a sus conveniencias económicas, aparte de que la remisión se corta por las deudas insolutas, todo lo cual genera el “paseo de la muerte”, que se agravará con las reformas en curso, donde la atención primaria en salud se adecúa aún más a los intereses de las aseguradoras, y no al cubrimiento racional del territorio. El POS es limitado y sujeto a interpretaciones y negaciones arbitrarias, en perjuicio de IPS y pacientes. No existe un plan nacional que atienda realmente la prevención y la promoción en salud, y la contratación laboral de los trabajadores del sector es precaria, lo que afecta necesariamente la calidad de los servicios de salud.

La Ley Estatutaria de Salud, aunque mejoró en algo los derechos formales de los pacientes, al estar condicionada por el modelo de intermediación y aseguramiento, deja incólume la estructura que arruina las IPS y que por lo mismo impide las modulaciones ordenadas por la sentencia de la Corte. Teniendo en cuenta que el modelo económico de libre mercado impuesto por el capital financiero internacional, en curso hace 25 años, al quebrar la producción nacional, y provocar desempleo, pobreza y descomposición social, afecta la salud de los colombianos, como alternativa y para guiar los reclamos de comunidades, pacientes, profesionales y trabajadores de la Salud, llamamos a impulsar un gran movimiento nacional para que se consagre legalmente y se ejecute:

PROGRAMA

1. La Rectoría o Dirección del Sistema esté a cargo del Ministerio de Salud, garantizando la independencia de sus decisiones respecto a la banca multilateral. Se cree la comisión Nacional de Políticas y Economía de la Salud, para brindar apoyo basado en la evidencia a la dirección del sistema de salud.
2. La financiación del sistema se haga por medio de un Fondo Nacional con funciones de Recaudador y Pagador Único, sin la intromisión de intermediarios financieros del aseguramiento, llámense EPS o Gestores.
3. Se presten los servicios de salud a la población a través de clínicas, hospitales, servicios de urgencias, centros de diagnóstico, instituciones de rehabilitación y demás IPS públicas y privadas. Se priorice el fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria, en el entendido de que las IPS privadas son vitales para la atención de la salud del

conjunto de la población. En lo inmediato, que: se ordene el reconocimiento y pago inmediato de las deudas del Estado y de las EPS a las IPS públicas y privadas; el Estado responda por las deudas de las EPS liquidadas; se recobre la vigencia, sin restricciones, de la acción de tutela, como mecanismo legal que garantice el acceso a los servicios de salud y se solucione la crisis de Saludcoop y otras EPS investigadas y en crisis, sin afectar a los pacientes afiliados ni a los trabajadores de las EPS.

4. La prestación de servicios se organice en redes horizontales, para brindar atención oportuna y apropiada a la población de una misma área territorial. La prestación de servicios, a su vez, esté integrada a los planes y programas de prevención y promoción de la salud y a los planes estratégicos de salud pública.

5. Se defina un Plan de Beneficios Integral y Único.

6. Se implemente una política de medicamentos basada en el fomento a la producción de genéricos nacionales, compras centralizadas, centros de abastecimiento y regulación de precios.

7. Se institucionalice un nuevo sistema de salud pública basado en la Atención Primaria de Salud (APS) donde:

- La Atención Primaria en Salud siga al territorio.
- Predomine un enfoque de determinación social, lo cual implica estrategias efectivas de intersectorialidad y real participación comunitaria.
- Se tracen Planes nacionales de prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles
- Se fortalezca al Instituto Nacional de Salud, el INVIMA y la vigilancia epidemiológica.

8. Se instituya el Servicio Nacional de Información en Salud dependiente y rigurosamente controlado por el Ministerio de Salud. Se Implemente la tarjeta inteligente de cuidado de salud y se sistematicen todas las historias clínicas.

9. Se creé el Instituto nacional de Investigación científica en Salud y se garantice su financiación e independencia de las clausulas restrictivas de los TLC.

10. Se constituya un Sistema Nacional de Hospitales Públicos Universitarios y una normatividad rigurosa para que los Hospitales Universitarios Privados cumplan cabalmente su función.

11. Se instauren condiciones de contratación y regímenes laborales dignos para los médicos internos, rurales, residentes, enfermeros, y la totalidad de profesionales y trabajadores de la salud, basados en la contratación directa para las funciones permanentes y en el respeto al derecho de asociación gremial.

12. Se creó la Red Nacional de Urgencias que garantice un sistema de remisión eficiente.

13. Se establezca un estricto y riguroso sistema nacional de vigilancia y control de los recursos y del funcionamiento del sistema de salud.

1. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Tercer Informe ONS: Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011. Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia. 2014.

**Este programa fue elaborado con el aporte de un grupo de 34 destacados médicos y otros profesionales de la Salud y del Derecho, de distintas regiones del país convocados por el Senador Jorge Enrique Robledo para discutir sobre los fundamentos de la reforma estructural en salud que necesita el país. La discusión tuvo como base investigaciones sobre el sistema de salud vigente en Colombia, la comparación con otros sistemas de salud en el mundo y las denuncias de los afectados.*

Deslinde