



## **Ministro: no más ajustes a la Ley 100**

El ministro de Salud y Protección Social Alejandro Gaviria, acaba de presentar a los medios de comunicación los temas fundamentales de una reforma del sistema de seguridad social en salud, con la pretensión de superar la crisis actual<sup>1</sup>. Al respecto, la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud –CSR- se permite manifestar ante la opinión pública nacional el siguiente concepto sobre la propuesta del Gobierno:

1. La CSR ha expresado en diferentes ocasiones que el problema del actual sistema de seguridad social en salud es de estructura y no de financiamiento ni de regulación. Dos son los principales problemas estructurales identificados: primero, el haber propiciado la captura de los recursos públicos de la seguridad social en salud por parte de múltiples agentes del negocio de la salud, comenzando por las EPS; segundo, la segmentación del sistema entre pobres, medios y ricos, con expresiones tan deplorables como la desigualdad en la mortalidad evitable materna e infantil entre regímenes. De allí la exigencia, para cualquier propuesta de reforma, de detener el negocio de la salud y pasar al goce efectivo de este derecho, con base en una recuperación del papel del Estado.
2. Por lo anterior, la CSR ha considerado necesario comenzar por 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 y, en contraste con dos proyectos más de la coalición de la Unidad Nacional, espera avanzar en el primer debate que deberá realizarse en la Comisión Primera del Senado, a partir de las dos ponencias presentadas para tal efecto.
3. 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. Debe entenderse que el derecho a la salud no consiste únicamente en la atención de la enfermedad, sino en la construcción social de condiciones de vida saludables y, por lo tanto, incluye agua potable, alimentación sana y suficiente, ambiente sano, vivienda y trabajos dignos y saludables, y la participación efectiva de los ciudadanos y las comunidades en materia de salud.

---

1 Al respecto ver la entrevista con la periodista María Isabel Rueda en: [http://www.eltiempo.com/politica/entrevista-de-maria-isabel-rueda-al-ministro-alejandra-gaviria\\_12615423-4](http://www.eltiempo.com/politica/entrevista-de-maria-isabel-rueda-al-ministro-alejandra-gaviria_12615423-4)



4. Debe señalarse que los planteamientos del Ministro, si bien no se conoce el texto del proyecto, 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. Si bien la propuesta recoge algunas iniciativas presentadas por diferentes sectores sociales y académicos, incluyendo algunos conceptos del proyecto de la CSR, tales como el fondo único público y la eliminación de la intermediación financiera, estos aportes quedan imbuidos en la misma lógica del sistema actual, mientras no se modifique su estructura.
5. Punto por punto, las observaciones a la propuesta gubernamental son las siguientes:
  - a. El Ministro anuncia la creación de un fondo único pagador denominado “Minsalud”, y afirma que tendrá como funciones “las de afiliación, recaudo, pago directo a los prestadores y reaseguro estatal”. Este fondo sería conformado por todas las fuentes de recursos disponibles, tanto por cotizaciones como por impuestos. Esta idea fue propuesta por varios sectores de tiempo atrás, con el fin de aunar los recursos públicos para generar solidaridad entre ricos y pobres, sanos y enfermos, jóvenes y ancianos, como pretende cualquier sistema de seguridad social. Sin embargo, las claves para que esta solidaridad opere consisten en que no se le exija a los ciudadanos demostrar su capacidad de pago o su condición de pobre para merecer entrar al sistema y que la administración sea pública. Sólo es necesaria la condición de habitante en el territorio nacional. Si continúan los regímenes separados según capacidad de pago y se sostiene la lógica de administradores y prestadores en competencia, el fondo público se convertirá en una gran bolsa de recobros que estimulará los gastos, igual que pasó con los recobros No Pos al actual Fosyga. Si el Ministro acepta que este fondo permitirá que el usuario sienta “una relación directa entre el Estado y sus necesidades de protección en salud”, ¿por qué no facilitar esa relación recuperando la administración pública de estos recursos?
  - b. El Ministro afirma que las personas no se afiliarán a una EPS sino al sistema de salud. Esto es lo que ha dicho muchas veces la Corte Constitucional. Los ciudadanos hoy se afilian al sistema y no a una EPS. La Corte Constitucional, la Contraloría y el Consejo de Estado han dicho que los recursos son públicos, son del sistema y no de las EPS, aunque se les pague por unidades de pago por capitación (UPC). Pero, las EPS usaron estos recursos públicos para incrementar sus patrimonios y de esto no se habla, a pesar de las recientes órdenes de la Corte sobre la recuperación de estos recursos.
  - c. 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. Más adelante el ministro ratifica que se definirá un “nuevo POS [que] incluirá todo lo razonable”. Y continúa: “existirá una lista negativa, esto es, una lista de exclusiones: lo estético, lo experimental, etc.” Al respecto, caben dos comentarios: primero, el plan de beneficios se justifica en el actual sistema cuando el Fosyga paga a las EPS una UPC por cada afiliado para que le garantice un paquete de bienes y servicios definidos en un POS. Si desaparecen las EPS, ¿para qué POS y UPC? Segundo, ¿qué significa lo razonable? ¿por qué hablar de exclusiones y terminar con un etcétera de no se sabe qué tamaño? 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. En esta materia, sólo es aceptable hablar de tres exclusiones precisas: bienes y servicios en experimentación, en cuyo caso se financiarían por el sistema de ciencia, tecnología e innovación en salud; bienes y servicios estrictamente suntuarios o estéticos; y servicios que se presten en el exterior, pudiéndose prestar en el país.

- d. Respecto del control de precios de los medicamentos, el ministro afirma que habrá “controles de precios para las nuevas tecnologías y habrá también copagos 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. Además, esta medida no afecta la raíz del problema del precio de los medicamentos, esto es, la ausencia de mecanismos que controlen el apetito de lucro de la industria farmacéutica y sus múltiples intermediarios. Existen muchas estrategias que un fondo público único puede desarrollar: compra conjunta de medicamentos esenciales, producción nacional de moléculas sin patente, producción de moléculas con patentes liberadas por interés en salud pública, provisión descentralizada según perfiles epidemiológicos de las poblaciones, investigación y desarrollo tecnológico de medicamentos y tecnología prioritarias, formación del personal de salud para liberarlos de la presión de la industria farmacéutica, entre muchas otras. Pero, nada se menciona. Sólo que quien pueda pague, como en la mal habida emergencia social del gobierno Uribe.
- e. 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 complementa diciendo: “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, varios comentarios: 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, siempre que no toque su bolsillo? ¿No está acaso demostrado que un sistema de recobros a un pagador público por parte de agentes de mercado en competencia, como en Estados Unidos, no hace más que estimular el incremento de los costos de manera indefinida? Es preferible contar con administradores públicos que permitan integrar los esfuerzos de la atención individual y la salud pública en territorios de salud, con sus especificidades demográficas, epidemiológicas y culturales, para integrar las redes realmente según necesidad y articular 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.

- f. Para reiterar que estas administradoras no manejarán recursos, 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”. Pero, entonces, ¿cómo se les pagará a estas nuevas entidades privadas y con ánimo de lucro? ¿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?
- g. 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?
- h. 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?
- i. 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.

- j. En la propuesta se mantienen los regímenes. Además, el ministro supone que “los administradores del régimen subsidiado formarán buena parte de su red con los hospitales públicos”, y que estos administradores podrán ser los entes territoriales del nivel gubernamental y distrital, que no municipal y, en todo caso, con acreditación especial. Esto parece responder a la demanda de algunos secretarios de salud de administrar los recursos de este régimen. Pero, si se está hablando de una reforma que supere la crisis, no debe profundizarse la segmentación entre contributivo y subsidiado. Es posible desarrollar un sistema universal, sin distinciones por capacidad de pago, como lo exige el bloque de constitucionalidad. Es necesario recuperar la administración pública y el control social de los recursos, que son públicos, como lo ha propuesto la CSR. No es sólo un asunto de elección directa de los gerentes de hospitales, como afirma el ministro, para evitar la corrupción.
- k. 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 construidos 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.
- l. 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?
- m. La situación de la precariedad del trabajo en salud no parece importar mucho en la propuesta gubernamental. Apenas se menciona la brecha 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?



- n. Al terminar la entrevista, la periodista María Isabel Rueda 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 Ley 100 hablaba de 10% de administración y el resto para servicios de salud, cosa 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?

Con base en lo anterior, la CSR demanda del Gobierno Nacional una ampliación del debate sobre las alternativas que se han venido discutiendo en los últimos años, reitera su propuesta de recuperar el carácter público de los recursos a través de un nuevo sistema y propone a la opinión pública profundizar en este debate, para no volver a un nuevo ajuste del modelo de Ley 100 que, sin duda alguna, ha colapsado en el país.