

*La crítica al refinamiento del modelo neoliberal de salud propuesto por el presidente Santos y el ministro Gaviria en el Proyecto de Ley radicado en el Senado de la República el 19 de marzo de 2013 y la formulación de criterios básicos para el establecimiento de un nuevo Sistema Nacional de Salud en Colombia sin la intermediación de empresas con ánimo de lucro ni de las compañías de seguros son los temas centrales que se desarrollan en este artículo. **Deslinde***

La Reforma del Sistema de Salud de Juan Manuel Santos: reingeniería neoliberal

Bernardo Useche Aldana

PhD en Salud Pública de la Universidad de Texas

“De todas las formas de inequidad, la injusticia en los cuidados de la salud es la más chocante e inhumana.”

Dr. Martin Luther King, Jr.

Introducción

Desde el momento mismo de su nombramiento en el mes de agosto de 2012 como Ministro de Salud, el economista Alejandro Gaviria planteó en diversos foros y entrevistas y en medio de no pocas ambigüedades y contradicciones en qué iba a consistir la anunciada reforma al sistema de salud colombiano que promueve el gobierno de Juan Manuel Santos. Sus declaraciones permitían ya pronosticar la permanencia de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) como componente importante del sistema de salud. Es decir, la permanencia en el sistema de salud de la causa de la crisis que se quiere superar. Como dijera el Presidente Santos al nombrar al Ministro Gaviria: "Tenemos en mente que el número de EPS se reduzcan y que queden unas EPS consolidadas, fuertes con verdadera capacidad de cumplir sus objetivos". El Proyecto de Ley radicado por el gobierno el pasado 19 de marzo en el Congreso de la República lo corrobora: en el nuevo sistema de salud que se propone, las EPS se transforman en Gestores de Servicios de Salud – GSS (art.26) y se les otorga un plazo de dos años para hacer la transición (art. 55)¹.

En esos términos, la reforma que promueve el gobierno Santos es una simple reingeniería del sistema de salud. No se trata de derogar la Ley 100 de 1993 ni de eliminar la

¹ MinSalud (2013). Proyecto de Ley “Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”

intermediación de las EPS. Al respecto, el ministro le dijo a María Isabel Rueda: “No llegaría a ese extremo... Con esta reforma buscamos estabilizar la crisis y superar el desgobierno”. En el proyecto de ley, tan sólo se hace explícita la derogación de algunos artículos de la Ley 100 que son incompatibles con las modificaciones que se introducen al sistema (art. 67)

Veinte años después de haberle entregado a las EPS los recursos financieros y el manejo de la salud en Colombia, los resultados de la Ley 100 pueden resumirse en quiebra económica del sistema, corrupción, el caos administrativo y en una insuficiente y a todas luces profundamente inequitativa atención a las necesidades de salud de la población. El gobierno nacional se apresta con su reforma a la salud a tratar de resolver la crisis financiera y a garantizar el flujo de recursos a través de nuevas modalidades de intermediación. La máxima recriminación hecha por el Ministro a las EPS ha sido el que no llevaran una contabilidad apropiada pues, en las dos décadas de vigencia de la Ley 100: “La contabilidad no pegó en el sector salud”.

El gobierno en su reforma propone crear un fondo único que remplace el existente Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga, a la vez que establece un sistema de seguro obligatorio de salud para todo el país; redefine las funciones de las EPS ahora denominadas GSS y facilita la segmentación del mercado de la salud en beneficio de las aseguradoras.

En contraste con la posición del gobierno, se ha presentado en el Congreso de la República el Proyecto de Ley Estatutaria N° 105 de 2012 que propone los fundamentos para una verdadera reforma estructural del Sistema de Salud. Esta reforma plantea la necesidad de derogar la Ley 100 y eliminar la intermediación financiera y la intermediación de las compañías aseguradoras o EPS como prerrequisito para superar la crisis y punto de partida para establecer un nuevo sistema basado en el derecho real a la salud. Esta propuesta alternativa es el resultado de múltiples análisis y foros en el que han participado representantes de la academia, las asociaciones científicas, las organizaciones gremiales de los profesionales de la salud, los sindicatos de trabajadores, las asociaciones de usuarios del sistema, y los pacientes de enfermedades de alto costo.

La crítica al refinamiento del modelo neoliberal de salud propuesto por el presidente Santos y el ministro Gaviria es el tema central del presente artículo.

Los pilares de la reforma Santista de la salud.

El ministro Gaviria ha sido enfático en afirmar que la crisis de la salud es fundamentalmente de carácter financiero: “En Colombia no hay una crisis de salud pública. Los indicadores no se han deteriorado drásticamente, como dicen algunos. Tampoco hay una crisis de

prestación de servicios...Existe, sí, una crisis financiera, un crecimiento acelerado de las deudas con los prestadores. Nuestra principal obligación es que la crisis financiera no se traduzca en una crisis de salud”². Esta perspectiva que coloca en un plano secundario la tragedia que ha significado en muertes, discapacidades y enfermedades prevenibles para millones de colombianos un sistema de salud inequitativo e ineficiente, permanece en la formulación de los puntos básicos del proyecto de ley finalmente dado a conocer por el Gobierno.

1. Un fondo único pero la intermediación se mantiene

El gobierno plantea reemplazar el actual Fosyga con un fondo público denominado Salud-Mía. Ese fondo sería un fondo con el carácter de una “Unidad de Gestión” (Art.5) “que afilie directamente al sistema, recaude y distribuya los recursos que hoy financian los regímenes contributivo y subsidiado” según reza el resumen de la reforma publicado en la página web del Ministerio de Salud; Pero aunque entre sus funciones incluye ordenar pagos (art. 8) y se estipula que el fondo giraría el pago directamente a los prestadores de servicios (art. 33) éste no sería un pagador único del tipo que se establece en los Sistemas Nacionales de Salud (SNS) puesto que ese pago debe pasar por la intermediación administrativa de los GSS, empresas que auditan las cuentas de cobro y deben “ordenar los pagos directos desde Salud- Mía a los Prestadores de los Servicios de Salud” (art. 27). En este punto, la reforma del Gobierno adopta la propuesta de Ley Estatutaria de la Salud No 51 presentada por el Senador Jorge Ballesteros el año pasado la cual establece que “El Fondo Central de Salud efectuará los pagos a las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud, por los servicios prestados y demás a que hubiere lugar, una vez la Entidad Especializada en Gestión de la Salud haya realizado la Auditoría Médica y de Cuentas y las verificaciones que a su cargo señale el Ministerio de Salud y Protección Social” . En el mismo proyecto del senador Ballesteros se precisa que los pagos a las Empresas Gestoras de Salud (antiguas EPS) se harán con cargo a cuentas del fondo central. Así está establecido en el artículo 33 del proyecto de ley en donde además se precisa que a los GSS se les paga de una parte la función de administración que es una suma fija anual, más un pago por capitación para “cubrir parcialmente el costo de las prestaciones individuales...”

Esta intermediación de las EPS es completamente innecesaria pues el fondo puede funcionar como pagador único sin pagar la doble administración que propone el proyecto

²Esta visión reduccionista de la crisis de la salud en Colombia originó una vehemente respuesta de un grupo de profesionales de la salud y de investigadores de la salud pública en Colombia. Ver carta y anexos en la presente edición de Deslinde.

de ley: “pagos por la administración, funcionamiento y operación de la entidad” (art. 11K) y “Pago por los gastos de administración de los Gestores de Servicios de Salud” (art. 11J).

Dejar la administración en manos de los GSS, compañías privadas con ánimo de lucro, es malgastar valiosos recursos que debían dedicarse a la prestación de los servicios de salud.

El fondo único también tendrá según el ministro Gaviria el carácter de “reaseguro estatal” (art. 8) lo cual implica que los recursos públicos subsidiarán a las aseguradoras privadas como ocurre en el sistema de salud chileno en donde el Fondo público (FENASA) subsidia a las aseguradoras denominadas en ese país ISAPRE; y como se estableció en la reforma del sistema de salud holandés de 2006 que introdujo el negocio de las aseguradoras privadas en el antiguo y eficiente modelo de seguro social que existía antes de la reforma neoliberal de la salud en ese país.

No hay que dejarse confundir con el establecimiento de este fondo único de carácter estatal pues tal como está propuesto por Santos hace parte del “sistema híbrido” (público-privado) de salud impulsado por el Banco Mundial en el que se “permite el mercado y el ánimo de lucro de los seguros de salud” (1. p144). Muy al contrario a lo que ocurre en los sistemas nacionales de salud –SNS- donde el fondo público es a su vez el pagador único y no se contrata la administración con compañías privadas con fines de lucro.

El fondo único público que propone el Gobierno hace además parte integral de la estrategia del Banco Mundial orientada a lograr que los países adopten Seguros de Salud Obligatorios (SOS) mediante los cuales el Estado garantiza un lucrativo negocio a las compañías privadas de aseguramiento, administración o “gestión” con el cubrimiento de servicios de salud al segmento cada vez mayor de la población pobre que no puede pagar un seguro privado. Es lo que denominan un modelo de aseguramiento social.

El proyecto de ley establece ese Seguro Obligatorio de Salud en el artículo 4e y 4s, en el parágrafo del art. 8 que autoriza el cobro coactivo a quien no se afilie y en el Art. 40 que especifica que nadie en Colombia puede afiliarse a la medicina prepagada o a otros seguros voluntarios sin estar afiliado en primer lugar al sistema de salud. Los economistas de la salud que siguen las orientaciones del Banco Mundial definen el SOS de la manera más simple: “Es un sistema que paga los costos de atención en salud de aquellos que se afilian y en el cual la afiliación es requerida para todos los miembros de la población”, pero a renglón seguido precisa que este modelo (neoliberal) de seguro obligatorio de salud se diferencia de los sistemas nacionales de salud como los existentes en Malasia o el Reino Unido países en que los afiliados reciben servicios gratuitos o a muy bajo costo pagados por fondos estatales

porque en los SOS público-privados “la función de las aseguradoras generalmente se deja explícita y la prestación de servicios está usualmente separada del financiamiento”(1. p1).

Esa separación es necesaria para hacer la intermediación. Es por esta razón que el ministro Gaviria ha sido categórico en que se debe: “Separar la gestión de la prestación”. Se puede afirmar entonces que la reforma que está impulsando el gobierno de Santos mantiene la separación entre el fondo único que propone, la administración de ese fondo - función administradora que se le asigna específicamente a los GSS (antiguas EPS) y la prestación de servicios.

Esta intermediación de las EPS, ahora con nombre distinto, perpetúa la mercantilización y el negocio de la salud con el agravante que, como se puede observar en el sistema de salud de los Estados Unidos, las administradoras privadas de los fondos de salud causan dos serios problemas: a) Se tienden a crear itinerarios burocráticos complejos (2), al punto que en ese país ya se necesitan “patient navigators” o personas que ayuden a los pacientes a navegar por el sistema,(en Colombia es común que en un servicio de urgencias sea más numeroso el personal administrativo de las EPS que el personal de salud encargado de recibir a los pacientes). b) Tiende a presentarse una espiral de los costos de la administración que impacta el costo de la atención. Un estudio de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard publicado en 2007 encontró que para el 62% de las personas que se habían declarado en bancarrota en los Estados Unidos la causa era el elevadísimo costo que se veían enfrentados a pagar por servicios médicos. Esto no es de extrañar si el tratamiento inicial y la quimioterapia a un paciente con linfoma en el Hospital MD Anderson de Houston costó el año pasado US \$ 83.900. La cuenta incluyó unos exámenes de sangre por los cuales cobraron US\$ 15.000.

Además, no está claro si el fondo único propuesto por el Gobierno seguirá siendo objeto de la intermediación a través de contratos fiduciarios como ocurre con el Fosyga desde 1996 cuando el Decreto 1283 obligó que los dineros de las cuatro cuentas del Fosyga se manejaran a través de fiducias independientes. Política de intermediación basada en lo que la Controlara General de la República, Sandra Morelli, describe como “la construcción del mito que nadie quiere desmontar, ... que la administración fiduciaria ha garantizado la transparencia y ha proscrito la corrupción, (lo cual) no se compadece con el manejo realmente existente”.

2. Las EPS cambian de nombre pero se consolidan como negociantes de la salud

En los Sistemas Nacionales de Salud - SNS - como el del Reino Unido (hasta la reciente reforma del gobierno de David Cameron), y en los sistemas de salud basados en el modelo del Seguro Social (SS) como el de Alemania (3), al no existir la intermediación de las aseguradoras, la atención en salud se establece a partir de una relación básica entre dos partes: los pacientes y los prestadores de los servicios (médicos, hospitales, centros de diagnóstico, farmacias y demás). En los sistemas de salud que operan de acuerdo a la economía de mercado existe un “tercero”: las compañías de seguros privadas con ánimo de lucro, las cuales actúan como intermediarias recibiendo el dinero del fondo de donde se financia el sistema o directamente de los cotizantes y pagando a los prestadores de servicios cuando sus asegurados requieren atención médica.

En el sistema de salud vigente en Colombia, las EPS han sido intermediadoras financieras y administradoras. Así mismo, en calidad de pagadoras (múltiples) de las IPS han pagado el POS y el No POS de sus afiliados con los recursos del sistema de salud. Gracias a la integración vertical, las EPS han sido prestadoras de servicios o IPS. La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, (ACEMI), el gremio que agrupa a las EPS, reconoce que estas empresas prestan aseguramiento “tanto para la población con capacidad de pago como para los pobres” e igualmente actúan como aseguradoras privadas “a través de planes complementarios o adicionales financiados exclusivamente por el usuario”. Como empresas aseguradoras las EPS “administran el riesgo de salud, organizan la red de servicios y gestionan el costo de salud”.

Este negocio de variadas formas de intermediación produce enormes ganancias a las EPS al mismo tiempo que encarece y afecta la calidad de la atención, y aumenta el gasto de bolsillo por parte de los pacientes y sus familias. Como bien lo resumió el Presidente del Colegio Médico de Caldas: “Las EPS generaron una barrera entre el servicio de salud que brindan médicos, clínicas e instituciones y el financiamiento. Con ellas aumentó el costo y disminuyó la calidad.”

En 2013 el fondo de salud dispondrá de aproximadamente 46 millones de millones de pesos. Suponiendo que fuera cierto lo que asegura Jaime Arias, Presidente de ACEMI que las EPS sólo se quedan con el 6% del dinero del Estado que administran (en Estados Unidos los gastos de administración y las ganancias de las compañías de seguros suman el 31 % del total del presupuesto de la salud) aún así, ese monto es una cifra inmensa y con los recursos financieros que las EPS se apropian se podría atender gratuitamente o a muy bajo costo, las necesidades de salud de un importante sector de la población. .

Aunque el ministro Gaviria ha reconocido que “los costos de transacción del sistema son muy altos, casi prohibitivos”, la reforma propuesta por el Gobierno no elimina la intermediación de las EPS sino su transformación en compañías privadas administradoras o “gestoras”. En palabras del Ministro: “... se acaban (las EPS) de la manera como venían existiendo desde hace 20 años. Habrá un período de transición, y algunas EPS podrán transformarse en los nuevos gestores, que ya no serán intermediarios financieros. Serán administradores de la atención básica y aseguradores de la atención especializada”. Y ante una pregunta de Juan Carlos Giraldo sobre cómo es posible que esté afirmando que las EPS dejarán de hacer intermediación financiera “si las administradoras o gestoras van a seguir recibiendo la UPC (Unidad de Pago por Capitación) y se les permite que hagan márgenes (les quedará parte de ese dinero de acuerdo al manejo que hagan de la UPC)”, el ministro respondió: “Decimos que se va a acabar la intermediación financiera porque los gestores no manejarán la plata, no tendrán rendimientos financieros ni incentivos de atesoramiento de la liquidez. Estamos definiendo los mecanismos de paga a los gestores. Creemos que deben asumir algún riesgo. Si no, será muy difícil garantizar la sostenibilidad”.

La reforma propuesta por el Gobierno asegura que la intermediación de los GSS continúe siendo un gran negocio justificado porque esas empresas manejan “algún riesgo financiero” y porque al Gobierno le parece que estas compañías “gestoras” deben tener sostenibilidad. No es casual que en el documento del Ministerio de Salud se fije como objetivo de la reforma simplemente “reducir la intermediación financiera que no genera valor”

Adicionalmente, durante los casi 20 años de Ley 100, las EPS se dedicaron a “hacer neta especulación con los recursos de la salud” al dejar “envejecer las carteras” y demorar los pagos a las IPS aún teniendo liquidez. Con esta táctica las EPS además han presionado a las IPS para que “concilien” por menos de lo adeudado, práctica denunciada en numerosas ocasiones por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

Para el gobierno de Juan Manuel Santos, la eliminación de la intermediación financiera parece limitarse a un intento de frenar la franca especulación que hacían las EPS al obtener rendimientos financieros con los recursos del sistema de salud que mantenían en sus cuentas bancarias y portafolios en lugar de emplearlos como debía ser en pagar a las prestadoras de servicios. A eso apunta el art. 33 del proyecto de ley cuando estipula que el fondo Salud-Mía no le girará la plata a los GSS sino directamente al prestador de salud y que los dineros permanecerán en el fondo aunque a nombre del GSS.

Es evidente el protagonismo que en la reforma propuesta tienen las EPS ahora convertidas en GSS. En el proyecto de ley presentado por Juan Manuel Santos, las funciones de los GSS

son múltiples (art. 27). Los GSS pueden intermediar la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios (art. 14); pueden prestar directamente esos servicios a través de sus propias clínicas y hospitales en la atención básica pues se autoriza la integración vertical a ese nivel (art. 32); podrán hacer "...atención primaria y complementaria..." (art. 3H) con lo que tienen la posibilidad de administrar en buena medida la puerta de entrada al sistema de salud y la atención especializada (art. 23A). Los GSS también pueden cobrar copagos y cuotas moderadoras a los usuarios (art.26) e integran a los prestadores de servicios (las hoy IPS) a redes horizontales de salud en territorios determinados, redes que serán dirigidas por los mismos GSS (art. 3i, art. 19).

Mientras el Estado se responsabiliza de las acciones de salud pública que se orientan a la protección de la salud colectiva (art. 19 parágrafo 1; art. 20 A) que son las intervenciones que exigen inversiones más altas pues deben cubrir a la población en general y comprenden obras de infraestructura sanitaria, programas de control de enfermedades, intervenciones intersectoriales sobre los determinantes socioeconómicos de la salud y planes de vigilancia epidemiológica; los GSS administran las prestaciones individuales de salud incluyendo actividades de prevención y promoción de la salud a nivel de individuo o de pequeños grupos (art. 19, parágrafo 2; art. 20 B). A este respecto, la pregunta es si el interés de lucro de los GSS, las empresas de medicina prepagada y las compañías privadas de seguros de salud posibilita las funciones que el proyecto de ley les asigna tales como la "identificación de las personas de mayor vulnerabilidad y los riesgos a los que están expuestas, así como la realización de actividades de búsqueda activa, protección específica, detección temprana, diagnóstico precoz, atención integral y rehabilitación" (art. 19, parágrafo 2). Lo cierto es que bajo el predominio de las EPS en el sistema de salud, el primer nivel de atención ha retrocedido de manera alarmante como lo demuestran, por ejemplo, los estudios de la doctora María Patricia Arbeláez y sus colegas investigadores de la Universidad de Antioquia quienes encontraron que mientras antes de la Ley 100, el diagnóstico de tuberculosis pulmonar se hacía en el primer nivel de atención (atención básica) ahora estos casos solo se detectan en el tercer nivel (atención especializada).

3. POS unificado pero restringido que favorece el mercado de las aseguradoras privadas

En 1993, el Banco Mundial recomendó segmentar la prestación de servicios para facilitar el mercado del aseguramiento privado mediante lo que denominó un plan de "servicios esenciales" para la población más pobre y un plan que incluyera los demás servicios de salud que se constituyera en un mercado exclusivo para las compañías aseguradoras privadas y en el que se pudieran cobrar elevadas pólizas o primas por el aseguramiento (4

p112-117). Cuando los economistas de la salud criollos tradujeron esta orientación a la realidad colombiana se encontraron con que el Instituto de Seguros Sociales (ISS) existente tenía un plan de beneficios que era superior al plan mínimo recomendado por la institución financiera internacional. Dado (entre otras razones) que los afiliados al ISS no iban a aceptar un plan con menos beneficios de los que ya gozaban el Gobierno decidió entonces establecer dos planes “esenciales” o Planes Obligatorios de Salud (POS), el del Régimen Subsidiado y el del Régimen Contributivo³; este último conteniendo un plan de beneficios similar al que existía en el ISS. En ese momento, el Gobierno fijó como meta la unificación de los POS para el año 2001, meta que al igual a la de la cobertura universal para ese mismo año no se cumplió.

La innegable inequidad en atención de salud ofrecida en los POS de los dos regímenes y el hecho que los pacientes tuvieran que emplear masivamente el recurso de la tutela para acceder a los beneficios no contemplados en los Planes Obligatorios de Salud –POS- condujo en el año 2008 a que la Corte Constitucional Colombiana se pronunciara mediante la Sentencia T-760 la cual estableció una agenda para la unificación de ambos planes de beneficios (5).

Finalmente, mediante el Acuerdo 032 de 2012 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) se unificó el POS pero persiste una diferencia en la forma como se calcula y en el monto de la financiación de la atención para los dos regímenes. Para el año 2013, el Gobierno asignó un valor inferior a la Unidad de Pago por Capitación –UPC- del Régimen Subsidiado (\$508,993,20) con respecto a la UPC del Régimen Contributivo (\$568.944.00); diferencia que parece no muy grande pero que dada la población afiliada representa mucho mas de dos billones de pesos al año y necesariamente se refleja en la atención prestada a los pacientes afiliados a uno u otro régimen. La unificación del POS tampoco resolvió los problemas de los servicios no contemplados en el plan de beneficios o no POS que continúan ordenándose por tutelas y pagándose a través de recobros.

Ante esta situación, el Gobierno propone en el proyecto de ley los criterios para lo que sería el nuevo Plan de Beneficios denominado Mi-Plan pero deja para reglamentación posterior el definir la estructura y los contenidos de ese plan de beneficios (art. 14 y 15). El plan se dice, cubrirá todas las patologías y tendrá una lista de servicios y tecnologías excluidos. Al mismo tiempo el proyecto de ley dedica un capítulo a lo que llama “Cobertura Complementaria de Salud” (arts. 37 a 42) la cual podrá ser ofrecida por los GSS, las compañías de medicina

³También se trazó una estrategia para acabar con el ISS. Ver: Luis Angel Villar, La Ley 100: el fracaso estatal en la salud pública. *Deslinde*36 (2004): 6-19.

prepagada y las compañías de seguros privadas. En el caso de los GSS, estos deberán ofrecer un plan de beneficios diferente e independiente de Mi-Plan (art. 30ª), lo que permite afirmar que el plan básico o “esencial” que ofrece el gobierno para todos los colombianos no es integral y no incluye beneficios que se constituyen en los productos que ofrecen los seguros complementarios. La cobertura complementaria debe ser pagada del propio bolsillo por los usuarios.

En ese sentido, el ministro Gaviria ha planteado: “El nuevo POS incluirá todo lo razonable. Existirá una lista negativa, esto es, una lista de exclusiones: lo estético, lo experimental, etc.” Los servicios médicos que se consideren no “razonables” deberán ser cofinanciados o financiados completamente por los pacientes. Y en entrevista con Yamid Amad, el ministro afirmó: “Finalmente, estamos pensando poner en práctica un sistema de copagos para los servicios No POS de mayor costo. El sistema dependerá de los ingresos de las personas beneficiadas... Las personas de mayores ingresos podrían tener que pagar un porcentaje de los servicios No POS”.

La manera de definir qué le corresponderá pagar al paciente según el ex ministro de salud Mauricio Santa María, será a través de establecer topes en la financiación de los servicios. Decía Santamaría en 2011: “Es decir, el Plan de beneficios lo que hace es garantizarle al colombiano que yo lo curo de lo que usted se enferme obviamente con unos topes y una restricción que está dada más en plata, en recursos, que en las cosas que están incluidas o no, es decir, por ejemplo, el cáncer está el de estómago que le da al señor, hay una guía para su tratamiento hay protocolos ya establecidos entre la comunidad médica de cómo se trata y esto será lo que está incluido en el plan de beneficios, es decir, el cáncer se le trata, se le cura en la medida de lo posible y el límite se le pone es más bien por el monto total del tratamiento, que por lo que sí está incluido y lo que no está” (sn).

Este mecanismo de privatización de la prestación de servicios de salud es una política internacional promovida por el Banco Mundial. Un documento reciente del Banco ilustra el caso de Kirguizistán, antigua república soviética y país en el que se ha limitado el acceso al plan de beneficios a través del establecimiento de tres tipos de topes: a) Topes en los días de hospitalización por año calendario, b) Topes en las medicinas que se proveen por hospitalización y c) Topes en la cantidad de medicamentos que se le pueden proveer a un paciente por año (6).

Con el objetivo de hacer los estudios que guíen en el futuro los cambios en el POS se creó en septiembre de 2012 el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), el cual se había establecido en el artículo 92 de la Ley 1438 de 2011. El problema con organismos como el

IETS reside en que en apariencia son instituciones de carácter eminentemente técnico pero en la práctica responden a las estrategias y presiones de las compañías de seguros y de la industria farmacéutica. Una vez se aprobó la creación del IETS en el año 2011 las EPS agrupadas en ACEMI, la Federación de Aseguradores Colombianos FASECOLDA y la International Society for Pharmacoeconomics & Outcomes Research, que es la asociación de los economistas de la salud al servicio de la gran industria de los fármacos, organizaron un foro con la participación del Ministerio de Salud “con el fin de enriquecer la toma de decisiones que se requieren en Colombia” al respecto de la introducción de las nuevas tecnologías en salud y de las guías de práctica clínica.

No es casualidad entonces que expertos como el doctor Jorge Maldonado se hayan apresurado a advertir que deben evitarse a toda costa los conflictos de intereses al interior del IETS: “Además de los conflictos personales deberán estar vetados quienes representen de alguna manera, entre otras, las aseguradoras y prestadoras de servicios de salud, industrias productoras de equipos, medicamentos e insumos, organizaciones de pacientes, organizaciones de profesionales incluyendo sociedades científicas que reciban o hayan recibido financiación de las diferentes industrias de la salud o que tengan intereses especiales y editoriales o publicaciones financiadas por la industria”.

Entre las conclusiones del evento de ACEMI y FASECOLDA se destaca el planteamiento de la necesidad de aumentar y acelerar la privatización de la salud mediante el impulso a la medicina prepagada con el argumento que cada vez es mayor la diferencia entre el costo de las innovaciones médicas y los recursos financieros y entonces quien quiera tener acceso a todas las innovaciones en salud debe pagar por ellas: “Del mismo modo y en adición a las diferentes medidas que se adopten para que el sistema sea financiable, se destacó la importancia de que los planes voluntarios, que incluyen los planes de atención complementaria, los planes de medicina prepagada y las pólizas de seguros de salud, se consoliden como una herramienta esencial en la cofinanciación del gasto en salud del país.”

En ese contexto, el ministro Gaviria ha planteado la necesidad de “incentivar” la medicina prepagada permitiendo que los usuarios de estos seguros privados puedan utilizar como parte de pago de la prima el valor de la UPC: “Hoy existen un millón de usuarios, pero es un sector que no ha crecido porque no lo hemos incentivado”.

Queda claro entonces que de común acuerdo con las aseguradoras, el Gobierno planea establecer un Plan de Beneficios unificado pero restringido y que tanto lo que no se incluya en Mi-Plan como los avances e innovaciones en “medicamentos, actividades, servicios hospitalarios y procedimientos e intervenciones en salud” tendrán un mayor costo para los

afiliados a través de un sistema de onerosos copagos o de la afiliación a seguros voluntarios, pólizas de seguros o medicina prepagada.

Conclusión

Son varios los aspectos de la reforma de salud propuestos por el gobierno central que no se han analizado aquí por falta de espacio. Es el caso, entre otros, del nombramiento de los gerentes o directores de las ESE por parte de las autoridades territoriales (art 64); las “áreas de gestión sanitaria” (art. 21 y 22); la integración de las redes horizontales que incluirían hospitales privados y públicos; la administración del fondo único por entidades territoriales y las medidas propuestas para la vigilancia y control del sistema.

Tal vez la única medida anunciada por Alejandro Gaviria en las semanas anteriores pero que no se materializó en el proyecto de ley presentado por el gobierno al Congreso que podría ser aceptable desde el punto de vista de un nuevo sistema nacional de salud que responda a las necesidades de la población, sería la de la transformación de las EPS en IPS. Debe analizarse detenidamente si conviene que el capital rentista de la de las compañías de seguros se invierta en la creación de clínicas y hospitales que contribuyan a solucionar el déficit de camas y de servicios actualmente existente (7). Esta es la perspectiva que al respecto tiene el Presidente del Colegio Médico de Caldas: “El escenario para ellas (las EPS) es convertirse en prestadoras, exclusivamente, utilizando la infraestructura que algunas poseen. El mercado de las propagadas está saturado, pues solo hay un millón de usuarios en ese servicio y esa cifra no aumentará, esa cifra ha sido constante desde hace muchos años”.

El problema de fondo consiste en que la atención en salud no constituye un mercado que funcione con las reglas del mercado de libre competencia que pregonan los economistas neoliberales que diseñaron y quieren perpetuar los principios de la “competencia administrada” introducida con la Ley 100”. Como sabiamente explica la “Ley inversa de atención en salud” formulada por el doctor Julian Tudor Hart en 1971: a mayor intervención de las leyes de la economía de libre mercado en un sistema de salud, menos atención y de menor calidad a la población que más la necesita (8). En los cuidados de la salud de una población no se cumple la tesis que pregonan los promotores y beneficiarios del libre mercado y según la cual habría un equilibrio entre la cantidad de atención que las personas estarían dispuestas a comprar, la cantidad de servicios que los prestadores pueden ofrecer y el precio de los servicios.

La selección adversa y con ella la exclusión en los servicios de personas con condiciones médicas preexistentes y a los de mayor edad es inevitable cuando el criterio es maximizar la

ganancia. La segmentación del mercado incluyendo la separación entre un mercado para administrar y otro para el aseguramiento podrá ser bueno para el negocio de la salud, pero siempre conduce a un espiral en la transferencia de costos y a la inequidad en los planes de beneficios. La privatización de los servicios significa dividir el país entre quienes reciben una mejor atención porque pueden pagar más por su afiliación a planes de seguros voluntarios y medicina prepagada y la mayoría de la población atendida con planes de beneficios pobres para los pobres. Los incentivos para el personal médico ofrecidos dentro de esquemas dirigidos a optimizar el lucro de las empresas intermediarias degradan y deshonran la profesión.

La alternativa es un modelo distinto de atención en salud. Un Sistema Nacional de Salud sin ningún tipo de intermediación. Que establezca no solo un fondo único recaudador sino también un pagador único. Que recupere para el Ministerio de Salud la soberanía nacional de la rectoría del sistema puesta con la Ley 100 en manos de las instituciones financieras internacionales como se corrobora en un documento del Banco Interamericano de Desarrollo publicado en el año 2010: “El BID ha acompañado al Gobierno de Colombia en el sector de la salud, por dos décadas de manera ininterrumpida” (9 p39). Que se fundamente en políticas y principios de salud pública como la atención primaria en salud y la integración de redes horizontales de servicios que no se organicen de acuerdo a las ganancias para el aseguramiento sino a las necesidades de las poblaciones en sus territorios geográficos. Ese nuevo sistema nacional de salud esta esbozado en el Proyecto de Ley Estatutaria N° 105 de 2012 presentado al Congreso de la República y su defensa requiere de la más amplia movilización de los colombianos.

Referencias

1. Maarse, H. (2008). Governing multiple health insurers in a corporatist setting: The case of the Netherlands. En: Savedoff, W.D. and Gottret, P. (Eds) Governing Mandatory Health Insurance. Learning from experience. Washington D.C: The World Bank.
2. Abadia, Cesar y Oviedo, Diana. Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care system. *Social Science & Medicine*. 2009 (68): 1163-1160. Traducción al español por el Centro de Estudios Sociales, Universidad Nacional de Colombia. Versión original disponible en journal homepage: www.elsevier.com/locate/socscimed. ISSN 0277-9536.
3. Useche, B. (2012). Los modelos de atención en salud: Hacia una reforma estructural del sistema de salud colombiano. *Deslinde* 50, 6-13.

4. World Bank. (1993). "Investing in Health." The World Development Report 1993. Nueva York: Oxford University Press.
5. Corte Constitucional Colombiana. "Sentencia T-760 de 2008." 2008. 26 feb. de 2009 <<http://www.scribd.com/doc/5251507/Colombia-Sentencia-T76020087>>.
6. The World Bank (2013). Toward Universal Coverage in Health: The Case of the State Guaranteed Benefit Package of the Kyrgyz Republic. Giuffrida, A., Jakab, M. and Dale. E.L Universal Health Coverage Studies Series (UNICO) UNICO Studies Series No. 17
7. Useche, B. (2012). ¿Podrían las EPS convertirse en IPS? Vanguardia Liberal. 20 de junio – 2012
8. Hart, J.T., (1971) "The inverse care law." en *Lancet* 1 (1971): 405-412.
9. Pinto, D. Muñoz, A.L. "Colombia: Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estrategia del BID 2011-2014." Banco Interamericano de Desarrollo, BID (2010).