

Si la Ley 100 llegara a su fin

¿Cómo estructurar un nuevo Sistema de Salud y Seguridad Social?

Félix León Martínez
Presidente de Fedesalud
Miembro del Grupo de Protección Social FCE UNAL

Antes de entrar en materia, cabe precisar que, en la actual coyuntura, no parece viable una modificación sustancial del ordenamiento legal que dio origen a la privatización de la salud y la seguridad social, salvo que en las elecciones venideras cambiasen mucho las condiciones políticas del país, o bien en función de que se logre, por algún mecanismo sorpresivo, un nuevo acuerdo social para construir una visión del futuro de la nación, liberada -aunque sea parcialmente- del fanatismo responsable de que la sociedad entera esté hoy al servicio del mercado, en lugar de que el mercado le sirva a la sociedad, como señalara con lucidez Polanyi¹.

En las elecciones presidenciales pasadas, habíamos señalado en un artículo titulado “Sistema de Salud, duro de reformar” (al analizar las muy flojas propuestas de los candidatos), que “cerca de cumplir sus 25 años, el Sistema de Salud de nuestro país parece haberse convertido en una fortaleza inexpugnable, capaz de resistir todos los ataques de sus enemigos y también los intentos de mejorar su apariencia por parte de sus amigos.”

Y agregaba el artículo: “El Sistema es duro de reformar, resiste a todos los embates, pero además, resulta imposible destruir la fortaleza de golpe, sin generar un caos social. La lógica y la experiencia internacional indican que las reformas necesarias -y políticamente viables- deben garantizar una transición, en este caso comenzando por separar del aseguramiento progresivamente la atención básica, junto con la promoción y la prevención de las enfermedades, el talón de Aquiles del actual Sistema, devolviéndolas a las comunidades, los territorios y sus gobiernos, para dejar a las EPS concentradas en garantizar la función curativa, la atención de la enfermedad, en los servicios de mayor complejidad, una partición horizontal de responsabilidades que define el Sistema de Salud más exitoso de América, el de Costa Rica. Lo demás no parece viable, al menos para el próximo cuatrienio.”

Casi cuatro años después, frente a un país mucho más polarizado, ya no parece posible gradualidad alguna, porque la privatización de la salud y la seguridad social se ha convertido en uno de los pilares a defender o derruir, en el imaginario de cada uno de los dos bandos, es decir, en eje estructural del modelo de país futuro, no negociable, inamovible, para ambos, es decir, en razón para que no pueda prosperar el dialogo -en busca de cualquier posible transición-, por lo que el futuro del Sistema dependerá exclusivamente de la victoria o derrota en el campo de la lucha política.

Si el modelo económico actual persiste (y es el punto central de la diferencia entre los bandos), seguramente sólo serán posibles cambios cosméticos y se profundizará la privatización, como se observó en el último intento de reforma, proyecto de ley que en buena hora hundió el Congreso de la República, ante el público y total rechazo de las organizaciones gremiales, laborales y académicas del sector salud, junto con múltiples organizaciones sociales y políticas, en medio del paro nacional.

Igualmente, desde la visión del establecimiento, que consolidó este modelo económico, a la medida de su conveniencia, la descentralización político - administrativa del país, indispensable para construir una democracia participativa, seguirá burlada, mediante argucias, como el mecanismo denominado “giro sin situación de fondos”, juego de palabras utilizado para justificar el manejo centralizado de los ingresos corrientes de la nación, que la Constitución de 1991 entregó a los territorios 30 años atrás, o bien mediante la confiscación sin pudor de las rentas departamentales, que fueron cedidas hace más de un siglo. Centralismo total, contrario a los preceptos de cualquier Estado democrático, y siempre justificado en la corrupción política regional.

Por cierto, si el régimen político de nuestro país, basado en empresas políticas particulares, que se reproducen repartiendo cargos y contratos del Estado, en todos sus niveles, constituye la institucionalización de la corrupción y, por tanto, en el obstáculo para la descentralización, ¿Por qué no cambiar el régimen político clientelista por otro capaz de construir la verdadera política, con listas únicas de los partidos, en función de sus ideas y propuestas (no importa el color), y así frenar en buena medida la corrupción, en lugar de acabar con la indispensable descentralización?

Desde la visión actualmente dominante, tampoco se puede esperar un mínimo respeto a los derechos laborales, ni perspectivas del derecho al trabajo digno, al interior de las instituciones de salud. Seguirán inventando modalidades de vinculación que sometan a los trabajadores de la salud a la precariedad e indignidad. Así se ha construido uno de los países más inequitativos del mundo. Para complementar el argumento, el país acaba de ser rankeado por la Confederación Sindical Internacional como uno de los peores del mundo en derechos de los trabajadores.

Por la estrecha vinculación del modelo de privatización de la salud y la seguridad social con el modelo económico, cabe pensar que, solo si algún día una visión diferente del país asumiera los poderes ejecutivo y legislativo (lo que no ha sido posible en Colombia, a diferencia de la mayoría de las naciones del mundo, que han permitido la alternancia de visiones de derecha e izquierda en el manejo del Estado), serían posibles reformas de fondo al modelo económico y, en consecuencia, a su putativo constructo de la seguridad social privatizada.

Dejada la anterior constancia, podemos señalar que desde las agremiaciones de profesionales y trabajadores de la salud y otras organizaciones que propugnan por el cambio, se nos ha solicitado aportar en la reflexión sobre la posible organización, estructura y financiamiento del sistema de salud y seguridad social, en una perspectiva alejada del actual modelo de delegación de la responsabilidad del Estado sobre el cuidado de la salud y la vida de sus habitantes a organizaciones privadas.

Para garantizar la organización, estructura y financiamiento adecuados de la salud y la seguridad social, es necesario partir de tres principios:

1.- El fin de la ley 100 no debe suponer el fin de la seguridad social, cuyo desarrollo a nivel internacional permitió construir los estados de bienestar y sociedades con economías de mercado más equitativas, acuerdo social que la oleada neoliberal ha intentado destruir en todo el orbe desde los años ochenta, pero con más éxito en países como el nuestro. La seguridad social es propia del capitalismo y con la construcción de sus fondos tripartitos en salud, pensiones y riesgos laborales, garantizó mayor calidad de vida y estabilidad económica de las familias de los trabajadores en todo el mundo, al tiempo que liberó a las empresas de serias complicaciones prestacionales y legales.

Todos ponen: En el mismo lugar donde se genera la riqueza (los excedentes económicos) debe recaudarse los recursos necesarios para asegurar el bienestar de la población, en especial los destinados a garantizar la salud, la seguridad social y la protección social de los trabajadores y sus familias. La financiación de la seguridad social debe ser tripartita, como se estableció internacionalmente, desde su origen, en los estados de bienestar. Todas las empresas, deben aportar sin excepción a fondos parafiscales ligados a los contratos de trabajo. (es necesario revertir los artículos de las reformas tributarias que exoneraron a grandes empresas de los aportes para salud). Todo contrato o pago de trabajo, sin importar la forma jurídica, debe incluir aportes a la seguridad social, que en caso de no realizarse generarán una deuda exigible con la seguridad social, liquidada conforme a las normas de la seguridad social y el DTF vigente. Todos los trabajadores, independientes y rentistas de capital deben cotizar a la seguridad social en proporción a su ingreso, cotización que en caso de no hacerse generará igualmente una deuda exigible con la seguridad social, liquidable conforme a las normas de la seguridad social y el DTF vigente. En la dirección de los fondos de seguridad social deben tener participación el Gobierno y los aportantes, representantes de patronos y trabajadores.

El Estado podrá subsidiar las obligaciones de aportes para salud de microempresas y trabajadores independientes, en condiciones económicas difíciles, con pérdidas de activos en la vigencia anterior, rentabilidad negativa, debidamente sentadas en los correspondientes estados financieros, declaraciones de renta, o cuando la renta presuntiva del independiente sea inferior a dos líneas de pobreza. La cotización a la seguridad social de empresas y trabajadores independientes será requisito para la suscripción notarial de cualquier contrato de venta, subrogación, traspaso de activos o sucesión, incluidos empresas e independientes que han recibido subsidios a los aportes, cuando la venta de activos sea indicio de capacidad económica no declarada previamente. No deberán existir, por tanto, regímenes contributivo y subsidiado diferenciados.

El Estado deberá establecer los mecanismos de recaudo de las deudas exigibles por el no pago de las obligaciones con la seguridad social a través de la reglamentación de un certificado de "paz y salvo" obligatorio, necesario para la protocolización de cualquier escritura de venta, subrogación, traspaso de activos o sucesión. En ningún caso, el no pago o atraso en las obligaciones con la seguridad social de empresas, trabajadores o rentistas constituirá una barrera de acceso para demandar y recibir los servicios de salud

en el territorio nacional. Simplemente constituirá una obligación fiscal que generará cobro coactivo.

2.- Un compromiso definitivo con la descentralización y la democracia participativa, como condición indispensable para garantizar que los gobiernos territoriales asuman, con la participación de sus ciudadanos y los recursos necesarios, el control de sus condiciones de vida y salud, es decir el control de los riesgos que amenazan la salud en el territorio y los factores determinantes de los mismos, función esencial del servicio público. Por la misma razón, los hospitales públicos, cuanto más dedicados a la atención básica de poblaciones rurales, dispersas y marginadas, deberán recibir mayor proporción de financiación directa de los presupuestos territoriales, para garantizar su operación y por tanto el acceso de estas poblaciones a los servicios, independientemente del nivel de eficiencia que puedan alcanzar otras instituciones en regiones o zonas con mayor densidad poblacional y por tanto mayor volumen de demanda.

Descentralización: Los recursos destinados a la salud y la seguridad social en salud respetarán la descentralización político-administrativa del país, establecida en la Constitución de 1991. Por ello, y por la necesidad de fijar competencias y responsabilidades de los servicios de salud y en el manejo de los recursos, se deberían establecer cuatro niveles de financiamiento, para descentralizar efectivamente rentas y gastos.

Nivel municipal: Los municipios deberán recibir efectivamente los recursos que determinó la Constitución del 91 para el cuidado de la salud de sus habitantes y ubicarán estos recursos en un Fondo de Salud Municipal, con destinación específica a financiar directamente la organización y las instituciones encargadas de la atención básica en salud de sus habitantes, la promoción de la salud y el control de los factores de riesgo y acciones sobre los determinantes sociales, integradas como un servicio público, con participación social, en busca de garantizar una mejoría constante en los indicadores de salud de la población. En el fondo municipal deberán ingresar igualmente recursos por esfuerzo propio de las administraciones municipales, la porción de las regalías que destinen al sector salud y los recursos de solidaridad que distribuyan a los municipios los fondos de seguridad social regionales. Los Distritos deberán separar estas funciones y recursos de los destinados a las competencias y obligaciones departamentales.

Nivel departamental y distrital: Los departamentos y distritos deberán disponer de las rentas cedidas, así como de la porción correspondiente al Estado del recaudo del SOAT. En el fondo departamental o distrital de salud ingresarán igualmente los recursos de esfuerzo propio y la porción de regalías que cada territorio destine a la salud. Los recursos del Fondo Departamental o Distrital de Salud deberán ser destinados a planear, organizar, dirigir y garantizar la oferta de servicios de mediana y alta complejidad en su territorio, incluida la red de urgencias, con criterios de equidad y a partir de las necesidades de cada grupo poblacional. Adicionalmente, deberán asignar recursos de inversión y funcionamiento para adecuar las instituciones hospitalarias públicas y desarrollar los servicios de transporte de pacientes, todo en busca de optimizar la capacidad de respuesta territorial a las necesidades de atención de la población.

También los Fondos Departamentales y Distritales de Salud deberán financiar la estructura técnica necesaria para planear, organizar, dirigir y garantizar la ejecución de un plan de salud que integre programas de salud pública, el control de factores de riesgo y las acciones sobre los determinantes sociales de la salud en el territorio, Plan que deberá contar en su formulación con la participación de las universidades con programas de postgrado en salud pública en el departamento o distrito. El Fondo deberá reservar un 10% de sus recursos para compensación, recursos que deberán ser destinados específicamente a disminuir las inequidades en la oferta de servicios básicos en sus municipios o localidades. Departamentos y distritos deberían asignar igualmente un 2% de su presupuesto para la formación y cualificación de los trabajadores de la salud.

Nivel regional: El nivel regional deberá integrar un grupo de departamentos y distritos organizados bajo un "territorio de salud", una Dirección Regional de Seguridad Social en Salud y un Consejo Regional de Seguridad Social en Salud con participación de los gobiernos territoriales y representantes de los aportantes. Contará con un Fondo Regional de Seguridad Social en Salud. A este fondo ingresarán todos los aportes de seguridad social de salud de empresas, trabajadores, independientes y rentistas de capital de la región, excepto los aportes de solidaridad, que deberán distribuirse entre los municipios para atención básica. Igualmente deberán contabilizarse, aunque no ejecutarse directamente, los recursos destinados a salud de las Cajas de Compensación Familiar en la región. Un 10% del total de los recaudos debería alimentar un Fondo Nacional de Compensación, a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, que buscará disminuir la inequidad de recursos entre regiones.

El nivel regional tendría la función de planificar, en conjunto con los departamentos y distritos que lo integran, la organización de la red de servicios integrada en el territorio, incluidos los problemas de oferta de servicios, incorporación de tecnologías, accesibilidad y transporte. El Fondo regional de seguridad social en salud deberá financiar la atención de mediana y alta complejidad en hospitales públicos y privados que se integren a la red de servicios del territorio, mediante mecanismos de reconocimiento de la demanda de servicios, que procure la mayor libertad de elección de los ciudadanos, para lo que deberá establecerse un sistema de pago a tarifas únicas y obligatorias, que debe fijar el Gobierno Nacional, para la prestación de servicios en todo el Sistema de Salud y Seguridad Social. El Sistema de tarifas no debe privilegiar, como lo ha hecho hasta ahora, desarrollos tecnológicos innovadores, de dudosa eficacia, en detrimento de los procedimientos y medicamentos más costo efectivos y probados por muchos años.

Nivel Nacional: El nivel nacional debería manejar los recursos del Sistema en el Fondo Nacional de Compensación, que incluirá un sub-Fondo o seguro para apoyar a los territorios en situaciones de catástrofes. También deberá constituir, con recursos del presupuesto general de la nación, un Fondo para garantizar la atención y el tratamiento de enfermedades raras, de pacientes de todo el país, de forma presencial y virtual, en entidades especializadas en dichas patologías. Igualmente, con recursos del presupuesto nacional, financiará los programas especiales de prevención y control de patologías que desee fomentar en los territorios. Finalmente integrará un fondo de

promoción de la salud, dedicado a financiar actividades comunicacionales sobre promoción de la salud y prevención y control de patologías que requieran acciones nacionales.

3.- Garantía de manejo técnico y transparencia en la utilización de los recursos mediante la constitución de unidades técnicas de planeación y evaluación en todos los niveles de financiamiento, que abran el espacio a la participación social y privilegien la planeación descentralizada o de abajo hacia arriba.

Para garantizar el manejo técnico de los recursos correspondientes a los fondos municipales, deberán constituirse Unidades Locales de Planeación y Evaluación de la Salud Pública, que integren un grupo de municipios o un grupo de localidades al interior de una gran ciudad, con grupos poblacionales no menores de 50.000 habitantes y no mayores de 500.000 habitantes. Estas entidades de planeación y evaluación deberán asesorar la formulación de los planes de salud municipales o locales, con participación social e intersectorial y, en consecuencia, asesorar la construcción de los presupuestos de los Fondos Municipales de salud en su área de influencia, así como fijar su concepto, con vistos buenos u objeciones técnicas a los diferentes contenidos de los respectivos planes. Los municipios tendrán que estar obligados a reportar toda la información sobre actividades y recursos ejecutados y objetivos y metas alcanzados a estas unidades, con periodicidad mensual. Las Unidades Locales de Planeación y Evaluación de la Salud Pública deberán retroalimentar a las direcciones territoriales y rendir informes trimestrales de evaluación de la ejecución de los Planes a cada municipio y localidad, así como a la Secretaría de Salud Departamental o Distrital de Salud, a los Concejos Municipales y a los organismos de control. Copia de los informes trimestrales deberá ser remitida a las bibliotecas de las Universidades Públicas en el respectivo Departamento o Territorio, para garantizar el acceso público a la información.

Para garantizar el manejo técnico de los recursos de los Fondos Departamentales y Distritales, las Direcciones Territoriales de Salud deberán organizar un Consejo de Planeación y Evaluación en Salud, encabezado por el Director Territorial de Salud, al que asistirán con voz, pero sin voto, los directores de las Unidades Locales de Planeación de la Salud Pública del respectivo Departamento o Distrito y representantes de las universidades con programas de postgrado en salud pública, administración de salud o similares, en el departamento o distrito. El Consejo deberá recomendar técnicamente el Plan Territorial de Salud y deberá realizar una evaluación trimestral de las actividades y recursos ejecutados, así como de objetivos y metas alcanzadas. Los Informes Trimestrales de Evaluación deberán ser entregados a la máxima autoridad territorial, a las Asambleas Departamentales, así como a los organismos de control y al Ministerio de Salud, y una copia será remitida a las bibliotecas de las Universidades Públicas en el respectivo Departamento o Territorio, para garantizar el acceso público a la información.

Para garantizar el manejo técnico de los recursos de los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud, se deberá constituir un Consejo Regional de Planeación en Salud y Seguridad Social, que recomendará los ajustes a la red de servicios de mediana y alta complejidad y deberá elaborar una evaluación trimestral de las actividades y recursos

ejecutados, así como de objetivos y metas alcanzadas en términos de indicadores de calidad de la prestación de servicios. Los Informes Trimestrales de evaluación serán entregados al Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud, a las autoridades territoriales que conforman la región, así como al Congreso de la República y a los organismos de control, y una copia será remitida a las bibliotecas de todas las Universidades Públicas en la respectiva región, para garantizar el acceso público a la información.

Las Unidades Locales de Planeación y Evaluación de la Salud Pública, así como los Consejos de Planeación en salud Departamentales y Distritales y los Consejos Regionales de Planeación en Salud y Seguridad Social deberán desarrollar un sistema de información detallado, abierto, transparente y accesible, con la información disponible en línea, al que podrán acceder todos los interesados, sistema que alimentará el Sistema Nacional de Información en Salud Pública y Seguridad Social, bajo coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social.

Se limita hasta este punto el desarrollo de una propuesta de estructuración de un sistema de seguridad social en salud, la cual quizá resulte útil y necesaria cuando el modelo económico y social del país se modifique en algún grado, superando la etapa de la Ley 100. Es necesario pensar estas propuestas por adelantado, pues, al fin y al cabo, no hay modelos de salud y seguridad social capaces de abarcar grandes periodos de la historia de una nación.

Julio 6 de 2021

ⁱ Polanyi Karl 1944. La gran transformación. Los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo”. Fondo de Cultura Económica, México Segunda Edición 2003.