

SISTEMA DE SALUD: DURO DE REFORMAR

Félix León Martínez

Investigador Grupo de Protección Social, CID UNAL. Presidente de Fedesalud

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.

Las leyes que han pretendido reformarlo no pasaron de resultar ajustes funcionales, que no tocaron su estructura, y el último embate frontal por parte de sus críticos, la Ley Estatutaria, está acampada con sus ejércitos de buena voluntad hace mucho tiempo al frente de la fortaleza, sin poder superar el foso económico y político que lo defiende hace años, y apenas si le ha hecho mella con sus cañonazos discursivos sobre derechos.

Dice la sociedad civil en documento público a los candidatos: “Para garantizar este marco normativo (el escrito y sancionado en la Ley Estatutaria), se debe cambiar el modelo de aseguramiento instaurado por la ley 100 de 1993 y reafirmado por sus reformas posteriores, la ley 1122 de 2007 y la ley 1438 de 2011, hecho que no se ha logrado aún debido a que grandes poderes se oponen a las reformas que el pueblo colombiano demanda y han logrado silenciar las propuestas planteadas desde la sociedad civil. En este contexto, el Gobierno Nacional optó por desconocer el marco normativo de la ley estatutaria y continuar por la ruta trazada de profundizar el negocio de la salud, con las consecuencias que acarrear la vulneración masiva de este derecho, razón por la cual sigue siendo uno de los más tutelados, y la profundización de la inequidad social expuesta”.

Señalan igualmente que aunque, según las cifras oficiales, sólo un 4% o 5 % de la población permanece sin cobertura, este aseguramiento no necesariamente garantiza el acceso efectivo a la prestación de servicios. El problema de la mayoría de la población, que está supuestamente afiliada, es que su derecho real a la salud está siempre condicionado al cumplimiento de una serie de requisitos que no suelen estar en manos de los ciudadanos, como tener un trabajo e ingresos estables y lograr que el patrono pague oportunamente al régimen contributivo, o mantener una familia estable y localizada en el régimen subsidiado, normas que no contemplan la gran dinámica poblacional, laboral y social. También los cierres permanentes de hospitales y servicios por problemas de contratación, financiación y pagos a las IPS, se traducen en barreras continuas de acceso y negaciones permanentes al derecho a la salud de los colombianos, justificadas en mil razones burocráticas sentadas en la regulación, normas incluso contrarias a la Ley Estatutaria, que solo favorecen a las EPS.

Los resultados se evidencian en prensa a diario y en la masiva instauración de tutelas por parte de los ciudadanos para conseguir la atención en salud requerida, reiteradamente negada, diferida o burlada. Se calcula que desde el inicio de la ley 100 de 1993 estas superan los tres millones. En el Informe anual de la Defensoría del Pueblo (2015), se reportan 118.281 tutelas, una tutela cada 4 minutos, que representa el 23.7% del total de las acciones jurídicas interpuestas, el 70% corresponde a solicitudes de tecnologías y tratamientos que debían ser garantizadas por el Plan Obligatorio de Salud (en 2016 el total de tutelas en salud ascendió a 163.000). Por otra parte, durante el 2015 las EPS reportaron 311.231 negaciones de servicios de salud: 248.959 en el régimen contributivo y 62.272 en el subsidiado (Defensoría del Pueblo, 2015).

Es evidente según todos los estudios, e incluso lo ha reconocido en sus documentos el propio Ministerio, que el gasto en salud mediado por el mercado acabó privilegiando el consumo de medicamentos, insumos y equipos de alta tecnología, en hospitales de alta complejidad, negocios que, por permitir márgenes de utilidad mucho mayores, presionan por todos los medios su inclusión, consumo y pago por los fondos de la seguridad social. Entre tanto el gasto del Estado no llega a la población pobre urbana y menos a la rural, en instituciones y servicios de salud para servicios básicos adecuados. En síntesis, el arreglo institucional construido en 1993 no ha resultado eficiente en la asignación y menos en la distribución. Para un empresario de la salud es mucho más rentable manejar dos pacientes hemofílicos que diez mil afiliados para atención básica en un centro de salud. ¿Qué se puede esperar, entonces, de tal estímulo económico?

Adicionalmente, desde el inicio hizo carrera en el Sistema, y es una realidad de bulto, la desviación de las prácticas comerciales aceptadas en Colombia y el mundo entero, relacionadas con el reconocimiento oportuno de las obligaciones y el pago de los intereses en los casos de mora. La ruptura de las normas más elementales relativas a los contratos entre empresas, respecto a las obligaciones monetarias, sus efectos, las consecuencias y responsabilidades financieras que de ellas se derivan, falsea la condición propia de la economía de mercado relativa al valor del dinero y crea de hecho una subcultura o “economía especial”, que no todos los empresarios e inversionistas parecen dispuestos a aceptar. Otros se ajustan, incluyendo por anticipado en el costo del bien o servicio los costos financieros derivados de la cartera prolongada.

Por otra parte el diseño institucional de la Ley 100 y sus normas reglamentarias fomenta el comportamiento rentista y la corrupción consecuente: a los administradores y dueños de estas entidades les interesa manejar grandes recursos para derivar ganancias a través de negocios secundarios desde los que sobrefacturan, sino por intermedio de IPS y pacientes de alto costo inventados, ya que de la empresa y del negocio principal, legalmente no siempre pueden derivar ganancias, por tratarse la mayoría de las veces de empresas sin ánimo de lucro. Por ello, cuando algunos de estos empresarios de mala fe reciben la chequera del Estado (una EPS con los recursos de sus afiliados) derivan los recursos de salud

hacia sus negocios integrados verticalmente y no les importa quebrar la EPS, finalmente, después de exprimirla, el cascarón se lo dejan vacío y con deudas al Gobierno y este les ayuda a construir una nueva EPS, que arranca sin deudas, una nueva chequera. Cuando la exprimen nuevamente hasta agotarla, repiten nuevamente el negocio. Saludcoop, Cafesalud....., y lo que sigue.

Finalmente, no se podría dejar de mencionar, entre los problemas estructurales, la masacre laboral del sector salud en Colombia, que arrojó decenas de miles de funcionarios de sus cargos y los tercerizó o los convirtió en contratistas de servicios, hecho que constituyó una flagrante violación a los Artículos 22 a 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y un retroceso histórico del país en el cumplimiento de los mismos y el respeto a las normas laborales. Los contratos de prestación de servicios para funciones misionales en el sector salud han sido claramente declarados fuera de la ley por la Corte Constitucional, pero la situación sigue igual.

Es importante saber entonces si los candidatos en sus programas plantean respuestas a estos problemas estructurales o definitivamente no las plantean y les dicen subliminalmente a los ciudadanos que no hay salida, ni presente ni futura, que el Sistema es una estructura rígida e inmodificable (para conveniencia de algunos), o que no están interesados en el asunto y que simplemente deben conformarse y agradecer lo que buenamente se les otorga, los millones de servicios que repite el Sr. Ministro reciben los ciudadanos (mezclando días de hospitalización con exámenes psicológicos, pruebas de colesterol, radiografías, oxígeno, y aspirinas), como si el Ministro de Agricultura contara las papas, los tomates, los plátanos, los frijoles, el arroz, la carne y los huevos que se come el pueblo colombiano, para defender la concentración en la propiedad de la tierra.

Frente a los problemas estructurales que en últimas determinan el viacrucis de los ciudadanos para acceder a servicios de calidad, entre ellos las 311.231 negaciones de servicios de salud, en el último año reportado, el candidato Vargas plantea la gastadísima estrategia de la medicina familiar y el reforzamiento del primer nivel de atención agrega los consabidos esquemas de eficiencia (como lo hizo la Comisión del Gasto y la Inversión Pública). Acierta sobremanera en el diagnóstico de déficit en la oferta de mediana complejidad, pero propone reforzar las instituciones de baja y alta complejidad y continuar el proceso de privatización de hospitales mediante alianzas público privadas. Se le abona la propuesta de extender el derecho a la licencia de maternidad a las madres del Régimen Subsidiado. Es decir, nada estructural que vaya a afectar la fortaleza, por el contrario, un reforzamiento de la misma.

El Candidato De la Calle también plantea fortalecer la puerta de entrada al Sistema y dirigirlo hacia un modelo más preventivo y eficaz (como lo hiciera Comisión del Gasto). Igualmente propone desarrollar los sistemas de información y crear indicadores de gestión con el fin de empoderar al usuario para coadyuvar en la lucha contra la corrupción, al darle acceso a información más completa y oportuna sobre la evaluación del desempeño de las EPS y las

IPS, para que pueda ejercer de manera informada su derecho a la libre escogencia y a sus demás derechos, (el viejo Ranking reiteradamente exigido por la Corte Constitucional). Igualmente el ya repetido fortalecimiento de la Superintendencia de Salud. También propone profundizar la privatización de los hospitales mediante alianzas público privadas. Acierta en el diagnóstico de grandes diferencias de acceso y equidad entre los territorios y en fortalecer la descentralización, pero, en lo esencial, su propuesta es también de continuismo, la defensa del *statu quo* y por tanto de la fortaleza.

El candidato Duque, por su parte, plantea (como lo hizo la Comisión del Gasto) soluciones tecnológicas como el BIG DATA para controlar a todos los actores, evitar abusos y proponer soluciones (tocará esperar los resultados del Big Data). También afirma que las EPS tendrán que reducir la deuda a más de 90 días y que el atraso no justificado en los pagos se considerará morosidad. (El Código del Comercio hace décadas estableció el pago oportuno de las facturas en 30 días, después de los cuales se aplican intereses de mora). Propone modificar el sistema de pago a las EPS (como lo hizo la Comisión del Gasto) y revisar con lupa la integración vertical, pero no especifica en qué consistirán estos cambios. Acierta sí en una política activa de prevención dirigida a la obesidad y las enfermedades crónicas. Tampoco ningún planteamiento estructural que afecte la fortaleza. Más bien un propósito de hacerla más sólida aún.

El candidato Petro, por el contrario, anuncia de entrada que derribará la fortaleza y acabará con el negocio de la salud y las EPS, y propone avanzar hacia un sistema único de salud público, descentralizado, bajo la gobernabilidad de un consejo nacional de salud y de consejos territoriales que incluirán las territorialidades indígenas y afrodescendientes. Plantea, en consecuencia, que la prestación de los servicios de salud por parte de los hospitales públicos será financiada por el Estado bajo la modalidad de oferta y presupuesto anual con nuevos y más sofisticados mecanismos de control técnico, fiscal y social, basados en desarrollo tecnológico e informático para planeación, supervisión y evaluación. Se abona que permite que los prestadores privados ofrecerán sus servicios mediante contratos adjudicados bajo la modalidad de concurso público a nivel nacional y territorial. Por supuesto presenta su experiencia distrital de los territorios saludables en atención primaria. En fin, el único problema es que no existe una sola palabra en el programa que permita siquiera vislumbrar la agenda para derribar la vieja fortaleza, ni como construirá la nueva fortaleza. La falta del cómo y mediante que estrategias se dará viabilidad a esta propuesta, en relación por ejemplo con el paso de reformas legales tan profundas por un Congreso francamente opuesto, o igualmente cómo lograr una transición factible, hace pensar que la vieja fortaleza seguirá en pie.

Finalmente, la Coalición Colombia y su candidato Fajardo proponen también fortalecer la capacidad resolutive de los primeros niveles de atención, pero con énfasis en los municipios intermedios y más pequeños, atendiendo criterios de equidad. Es destacable la propuesta de que en los territorios lejanos y con población dispersa, donde ha fracasado

estruendosamente el actual Sistema, se implementara la administración pública del sistema de salud. Igualmente recoge el clamor de la sociedad civil de recuperar el rol central del Estado en la salud pública, la promoción de hábitos saludables y la prevención de la enfermedad. De allí en adelante otros lugares comunes como aumentar las capacidades de la Superintendencia Nacional de Salud, hablar de garantías de acceso sin especificación o del control de precios de medicamentos (como lo hiciera la Comisión del Gasto). La ventaja de la propuesta programática es que parece tener una formula viable para abrir un boquete en la fortaleza, al quitarle a las EPS la atención básica y las acciones de prevención de la población rural dispersa y marginada.

En síntesis, casi todos los candidatos optaron por reformas cosméticas, repitiendo en su mayoría las recomendaciones de la Comisión del Gasto y la Inversión Pública (por supuesto influenciada por Hacienda y el actual Ministro de Salud, los guardianes de la fortaleza), lo que trasmite al pueblo colombiano el mensaje de que acceder a los servicios supuestamente garantizados por la Ley y la Constitución, seguirá siendo un viacrucis, a no ser que puedan pagar un plan complementario o una póliza prepagada, y a los trabajadores de la salud, la dura realidad de que continuaran sin derechos laborales. Es decir, que el proyecto de universalidad y equidad que se vendió al país hace 25 años, con un SGSSS igual para todos los ciudadanos, es y seguirá siendo inalcanzable, a decir de los expertos económicos, que no tienen reparo para criticar la Ley Estatutaria.

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.