



Este artículo es una publicación de la Corporación Viva la Ciudadanía
Opiniones sobre este artículo escribanos a:

semanariovirtual@viva.org.co

www.viva.org.co

La salud del 2011: más de lo mismo desde el Gobierno, más movilización desde la gente

Mauricio Torres Tovar

Médico salubrista - Miembro del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social

Los finales de año siempre son un momento pertinente para hacer balances de lo obtenido, lo no logrado y de los retos que dejan ese periodo de tiempo, tanto en lo individual como en lo colectivo.

Este artículo pretende aportar elementos para reflexionar sobre el balance del 2011 en términos de limitaciones, avances y retos para la garantía del derecho a la salud en Colombia.

El 2011, mostró la cara exacta de la Ley 100

Este año que termina ha permitido conocer con mucha claridad la cara exacta de lo que es la Ley 100 en Colombia, producto de su decantación de más de 15 años de implementación. Podríamos decir que esa cara sin máscara es de lucro, corrupción e indolencia con la vida, la enfermedad y el sufrimiento de la gente.

La Ley 100 generó un modelo que principalmente se ocupa y preocupa por las finanzas de su sostenibilidad. Ha puesto a circular un inmensa cantidad de dinero que en gran medida queda en los procesos de intermediación que hacen las EPS y en los procesos administrativos de contratación, y dado el ánimo de lucro de las EPS estas no se han saciado con lo que el modelo les da de ganancia y han generado procesos de corrupción para enriquecerse más. Un modelo que no atiende los problemas centrales de salud de la gente, que desestructuró los procesos de salud pública y los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y que ha puesto su énfasis en la curación, especialmente de aquellas enfermedades que son rentables. Un modelo que desestructuró el patrimonio institucional público en salud y seguridad social y que colocó en una situación de precariedad laboral a los trabajadores del sector de la salud.

- **EPS: Empresas de lucro y corrupción**

En el 2011 la Superintendente de Industria y Comercio destapó la olla a partir de los resultados de una investigación que evidenció un acuerdo entre catorce EPS privadas del régimen contributivo a través de su gremio ACEMI, para favorecer sus finanzas.

De acuerdo con los resultados de la investigación de la Superintendencia se halló que entre las EPS unificaron su proceder para sistemáticamente negar a los usuarios del régimen contributivo un conjunto de servicios que hacen parte del POS con cargo a la UPC y recobrarlos ante el FOSYGA por la vía de aprobación por tutela o por concepto del Comité Técnico Científicos, con lo cual obtenían el pago tanto por la UPC como por los recursos de recobro, es decir cobraban dos veces por un mismo servicio prestado.

Los datos de la investigación indicaron que los valores recobrados por las EPS pasaron de \$336.647.644.862 en 2006, a \$1.798.892.621.322 en 2009; es decir un incremento de 434% en cuatro años. Para el año 2009, el monto total de recobros financiados por el FOSYGA ascendió a más de dos billones de pesos.

De otro lado se halló también la forma como las EPS se han lucrado a partir del recobro con los medicamentos. Entre el 2005 y el 2010 el FOSYGA les pagó a las EPS casi un billón de pesos por más de 100 tipos de medicamentos incluidos en el POS, que deberían haber sido cubiertos por ellas y que además pidieron ser pagos con precios exorbitantes.

Con este tipo de robos tanto por la vía de recobros de servicios como de medicamentos se estimó que se perdió un monto cercano a lo \$4.5 billones, que son más del 50% de las finanzas que históricamente ha manejado el FOSYGA. Razón por la cual surge la pregunta si ¿efectivamente el sistema de salud tiene una crisis financiera?, y la respuesta es qué recursos financieros ha habido de manera importante, el asunto es quiénes lo han tenido y cómo los han invertido.

- **Si no son rentables, los servicios de atención se cierran**

En el segundo semestre del 2011 salió a flote nuevamente el problema de la inestabilidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud, que se vio reflejado en el cierre de servicios de atención, especialmente pediátricos. Se evidenció que al menos en seis departamentos del país se presentaron cierre de servicios hospitalarios pediátricos; en Bogotá particularmente se cerraron 98 camas pediátricas.

Este problema de debilitamiento y liquidación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, especialmente públicas, no es un hecho nuevo del 2011, es una situación constante desde que empezó a implementarse la Ley 100, producto de la imposición a las instituciones prestadoras de servicios de salud para ser autosostenibles y rentables, con el cambio del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda.

Esto llevó a establecer una lógica de mercado en el manejo del sector salud, en donde los actores buscan su máximo nivel de ganancias estableciendo comportamientos que los favorezcan. Por esto las EPS generan contratos con las IPS a favor de ellas, establecen multitud de glosas que no reconocen la prestación de servicios y pagan tardíamente. Esto a su vez lleva a que las IPS generen también comportamientos que privilegian lo financiero, como los de

contratar menos personal del que se requiere, disminuir los estándares de calidad de la atención y cerrar parcial o totalmente servicios cuando no son rentables¹.

- **Medidas implementadas por el Gobierno Nacional: más de lo mismo**

Las medidas implementadas por el Gobierno Nacional para enfrentar los graves hechos evidenciado en el 2011, no permiten ir en otra dirección, es más de lo mismo en el sentido que son ajustes al modelo de Ley 100, sin tocar sus aspectos estructurales de intermediación, lucro y énfasis en la curación. En relación al desfalco descubierto no se han juzgado a los responsables intelectuales de estos hechos.

- **Ley 1438 de 2011: sin tocar el problema de fondo**

Esta nueva Ley no resuelve el problema estructural del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en tanto mantiene la estructura del modelo de aseguramiento individual a la atención a la enfermedad con competencia regulada que estableció la Ley 100, con dos regímenes (contributivo y subsidiado) según la capacidad adquisitiva de las personas. No fue posible tomar medidas importantes como la de prohibir la integración vertical de las EPS y estas quedaron con el mismo tope de integración que había establecido la Ley 1122.

Esta Ley autoriza los “planes voluntarios de salud” referidos a seguros de salud individuales y colectivos que ofrecen beneficios no incluidos en el POS. Esta es la almendra de la reforma, por cuanto se avanza en establecer un POS limitado para eludir el cubrimiento de los eventos NO POS, quedando por tanto un cúmulo de aspectos de medicina, odontología, terapias, medicamentos y procedimientos por fuera, para que sean adquiridos por nuevos paquetes de seguros, es decir la ampliación del negocio de la medicina prepaga².

Además, esta nueva Ley redujo aún más la participación de los usuarios en los aspectos de intervención en las decisiones del SGSSS al limitar a sólo un representante de los usuarios su presencia en las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado y retira su representación de los comités técnico-científicos de las EPS.

Igualmente, incorporó la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS), entendiéndola como una estrategia de coordinación intersectorial para todo el proceso de atención, pero en la práctica la confinó a un asunto de atención básica de salud, con lo cual la captura y la coloca en función del modelo de aseguramiento.

¹ Torres-Tovar M. Servicios de atención en salud: ¿para el lucro o para la garantía del derecho a la salud de la gente? Semanario Virtual Viva la Ciudadanía. Diciembre 2 de 2011.

² Torres-Tovar M. Legislar para el negocio. Ahora los "planes voluntarios de salud". Periódico Desde Abajo. Edición No. 164. Diciembre de 2010.

- ***Sostenibilidad fiscal: primero el derecho a la estabilidad macroeconómica y luego, si alcanza, los derechos sociales***

Otra ley aprobada en 2011 fue la Ley 1473 que desarrolla el principio de la sostenibilidad fiscal. Esta Ley modificó los artículos 334, 339 y 346 de la Constitución Política estableciendo el derecho a la sostenibilidad fiscal, con el argumento que esta es indispensable para alcanzar los fines del Estado Social de Derecho y por lo tanto, es un derecho y deber de todas las ramas y órganos del poder público colaborar para hacerla efectiva.

Con esta medida legislativa se crea el supraderecho de sostenibilidad fiscal, el cual se coloca en orden jerárquico superior entre los derechos. Así, la garantía jurídica del derecho a la salud queda supeditada a la estabilidad fiscal. Los impactos de esta Ley los veremos pronto en la restricción del uso de la Tutela en salud y en otras medidas de recorte presupuestal para el sector.

- ***Reapertura del Ministerio de Salud: ¿Ministerio de Salud Pública o Ministerio de las finanzas de las EPS?***

Otra medida que tomó el Gobierno Nacional en el 2011 fue la escisión del Ministerio de la Protección Social, en Ministerio del Trabajo y el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Ley 1444. Las funciones y estructura del nuevo Ministerio de Salud no fueron asunto de debate público como se requería.

La ratificación del ex Ministro de Protección Social como Ministro de Salud es un mensaje del Gobierno Nacional, en tanto sostiene en la cartera a un economista y no coloca a alguien del área de la salud. Vamos en este aspecto a seguir teniendo más de lo mismo, un Ministerio para el cuidado de las finanzas de las EPS y no para su razón de ser, un ente sólido, con capacidad de rectoría que efectivamente garantice la conservación de la salud de la población y contribuya a su desarrollo y bienestar.

- ***Actualización del POS: la fiebre en la sábana***

Luego de un prolongado y complicado proceso se estableció una actualización del POS a través del Acuerdo No. 028 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES).

Esta actualización no fue producto de una amplia participación ciudadana, en tanto la CRES sólo convocó a algunos representantes de los usuarios, a los que subordinó al colocar la discusión en un plano principalmente técnico y financiero.

El Acuerdo es extenso y complejo, y mantienen los dos POS, para el régimen contributivo y para subsidiado, sin dar el paso de su unificación como lo demandó la Sentencia T -760 de la Corte Constitucional.

Puede ser que ahora tengamos en la lista de los servicios del POS un poquito más de ciertas cosas y un poquito menos de otras, pero lo cierto es que el problema central no radica acá como ya se ha dicho.

Podremos tener actualizaciones del POS cada dos años como lo ha establecido la CRES, pero en tanto no se acabe la intermediación, en tanto no tengamos una rectoría estatal sería del sistema, en tanto no se tenga unos criterios pertinentes de contratación, en tanto no se generen reales procesos de control social, en tanto no se tengan serios estudios epidemiológicos y reales sistemas de información en salud que den cuenta de la situación de salud-enfermedad de la población, vamos a seguir tratando la fiebre en la sábana, sin una respuesta adecuada y efectiva a las necesidades sanitarias de la población colombiana.

- ***TLC: impacto negativo sobre el derecho a la salud***

Este año por fin el Gobierno Nacional logró la firma del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos, luego de varios años de lobby con el Congreso de ese país.

Se ha hablado principalmente de sus efectos en el campo de la producción nacional, pero a partir de este tratado pueden venir aspectos complejos para el sector de la salud que deben ser investigados y divulgados.

Por este camino puede venir otro ajuste de tuercas al modelo de Ley 100 en tanto se profundizará la privatización y el oligopolio por la vía de las multinacionales de los servicios de salud, del aseguramiento, de los medicamentos y de la tecnología médica; lo que traerá mayores costos en las compras estatales en salud (como medicamentos y otros bienes de tecnología médica comercializados por multinacionales); mayor dificultad para ejercer rectoría sanitaria, al poder ampararse las empresas internacionales de salud en cláusulas de negociación, y debilitamiento y posible desaparición de la industria nacional farmacéutica por la vía de los derechos de propiedad intelectual de los medicamentos³.

- **Un año importante para la movilización social por el derecho a la salud**

El 2011 conectó con las movilizaciones del 2010 en contra de las medidas de la emergencia social en salud, que generaron tal vez el proceso de mayor movilización social por el derecho a la salud que haya tenido el país. A su vez, la movilización por el derecho a la salud buscó conectarse con la importante movilización por el derecho a la educación dada en el 2011 que impidió que el Gobierno avanzara en una implementación del modelo de Ley 100 para la educación pública.

³ Torres- Tovar M. El impacto de los acuerdos de libre comercio sobre el derecho a la salud. Revista Cubana Salud Pública. Volumen 32, No.3 septiembre de 2006.

Para los sectores sociales y de la sociedad civil fue claro que el Gobierno de Santos continuó la tendencia privatizadora de la salud, razón por la cual trabajó en el fortalecimiento de los procesos de resistencia y movilización social demandando configurar realmente una política de Estado y un sistema de salud garante del derecho a la salud.

Sin lugar a dudas el 2011 fue un período de intensificación de la movilización social por el derecho a la salud: campaña nacional por el derecho a la salud, consulta ciudadana a través de la octava papeleta, plantones, cacerolazos, seguimiento ciudadano a la Sentencia T-760, audiencias públicas por el derecho a la salud, marchas, eventos académicos, encuentros sociales locales y nacionales, entre otros.

Esta movilización social denunció ampliamente los innumerables problemas que se tienen con el modelo de Ley 100 y a su vez, mostró propuestas alternativas para avanzar en otra dirección que efectivamente garantice el derecho a la salud.

2012: profundizar la movilización social y la construcción social de un modelo de salud alternativo

El 2011 dejó una experiencia en términos de movilización social muy importante en la lucha por la educación como bien público y derecho social. Se hace necesario preguntarse por qué el movimiento por la educación pública logró tener eco en la sociedad y generar una amplia movilización social, que finalmente obligó al Gobierno a archivar su propuesta de reforma.

Este es un reto para el 2012 de los sectores que se movilizan por el derecho a la salud, relacionado en pensar como la sociedad comprende, se sensibiliza y se involucra en la movilización, por un problema similar al de la educación como es el de la salud.

En este sentido el reto para el año que llega es aumentar la protesta y la movilización social, sosteniendo la demanda consensuada socialmente de “no más intermediación, no más EPS” y avanzando en la configuración consensuada de la manera más amplia, de un nuevo modelo de salud para el país.

Esto demanda una renovación en las formas de actuar colectivamente, en las formas como se comunica, que posibilite entender al conjunto de la sociedad el problema de la salud para que se involucre ampliamente, tal como ocurrió con la experiencia de educación. A su vez, demanda la configuración de un amplio proceso de convergencia por la defensa de la salud como bien público y derecho humano, en tanto cada sector social independientemente no logrará la transformación requerida.

Edición N° 00286 – Semana del 23 al 30 de Diciembre de 2011