

Más negocio, menos derecho a la salud

Las reformas y medidas que Santos ha tomado durante su primer año de gobierno demuestran una tendencia privatizadora de la salud en detrimento de los derechos sociales.

Por Mauricio Torres-Tovar*

La emergencia social en salud decretada en el primer semestre de 2010, que generó amplios debates públicos y diversas movilizaciones sociales en contra (Torres-Tovar, 2010a), fijó la salud como un tema prioritario en la agenda de los candidatos presidenciales, incluida la de Santos. Una vez asumido el gobierno, las decisiones que ha venido tomando el primer mandatario indican que seguirá por el mismo camino que inició su antecesor, incluso a pesar del



escándalo que salió a la luz pública en relación al gran fraude a las finanzas del sector, situación con la cual se esperaba que se diera un gran vuelco estructural al sistema.

En este sentido se puede decir que aunque durante estos primeros meses de gobierno Santos ha buscado desmarcarse de la figura de Uribe, lo cierto es que en materia de política social se continuará profundizando la privatización de los derechos sociales, con un énfasis marcado en los de salud y educación.

Las decisiones en salud de Santos

Las principales propuestas en salud que lanzó Santos durante la campaña presidencial demostraban que se continuaría en la misma línea de la Ley 100, insistiendo en el aseguramiento universal, la unificación de los POS (Plan Obligatorio de Salud), la satisfacción de los clientes-consumidores de los servicios de salud, la búsqueda de más recursos financieros para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el respeto a la autonomía médica. El único componente distinto era el abordaje intersectorial para el desarrollo de la promoción, la prevención y la salud pública, que ha sido un gran agujero negro de la Ley 100 (Torres-Tovar, 2010b).

El debate desencadenado por la emergencia social presionó la necesidad de realizar una nueva reforma al SGSSS, que ya venía discutiéndose en el Congreso de la República sin éxito. Al llegar Santos a la presidencia la impulsó como tarea prioritaria. Este proceso culminó con la expedición de la Ley 1438 de enero de 2011 que reformó por segunda vez la Ley 100 de 1993 (la primera se hizo a través de la Ley 1122 de 2007).

Esta nueva ley no resuelve el problema estructural del SGSSS en tanto mantiene la estructura del modelo de aseguramiento individual a la atención a la enfermedad con competencia regulada, establecido por la Ley 100, y que se expresa a través de los regímenes contributivo y subsidiado, a los cuales las personas acceden según su capacidad

adquisitiva. No fue posible tomar medidas importantes como la de prohibir la *integración vertical*¹ de las EPS y éstas quedaron con el mismo tope de integración que había establecido la Ley 1122 (30%). Igualmente se conservó la separación de los recursos de los dos regímenes: contributivo por cotización y subsidiado por impuestos (Hernández y Torres-Tovar, 2011).

El énfasis de la Ley 1438 es la estabilidad financiera del SGSSS. Define, entre otros asuntos, que un cuarto de punto de la contribución parafiscal

al pago de salarios a favor de las Cajas de Compensación se destinará a financiar el régimen subsidiado, reduciendo aún más los recursos de los programas sociales que desarrollan

“Esta nueva ley no resuelve el problema estructural del SGSSS en tanto mantiene la estructura del modelo de aseguramiento individual a la atención a la enfermedad con competencia regulada, establecido por la Ley 100 de seguros”.

estas entidades. Igualmente deja claro que hay un POS establecido, que se refiere a los únicos aspectos de atención médica que recibirán los usuarios², el cual deberá ser actualizado cada dos años.

La 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 almeja 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. En síntesis, la ampliación del negocio de la medicina prepagada (Torres-Tovar, 2010c).

Además, esta nueva ley reduce aún más la participación de los usuarios en los aspectos de intervención en las decisiones del SGSSS al limitar su presencia en las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado (ESE) a solo un representante y retirar su representación en los comités técnico-científicos de las EPS (Torres-Tovar, 2011).

La ley 1438 incorpora la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS)³, entendida como una estrategia de coordinación intersectorial para todo el proceso de atención, pero en la práctica la confina a un asunto de atención básica de salud, con lo cual la captura y la coloca en función del modelo de aseguramiento.

Como parte de la reglamentación de la Ley 1438 el gobierno nacional expidió el Decreto 971 de marzo de 2011 por medio del cual se define el giro de los recursos del Régimen Subsidiado a las EPS y se establecen medidas para agilizar su flujo entre EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Al otorgarle toda la autonomía del manejo de los recursos a las EPS del régimen subsidiado este decreto revive un mecanismo que demostró su



Imagen de sxchu

La ley avanza en establecer un POS limitado para eludir el cubrimiento de los eventos No POS, quedando aspectos como odontología, medicamentos y procedimientos por fuera, para que sean adquiridos por nuevos paquetes de seguros.

“ Esta medida es la misma que se intentó imponer con uno de los decretos de la emergencia social: que la gente pague de su propio bolsillo los eventos No POS, situación que refuerza la idea de que el acceso a los servicios de atención en salud en este SGSSS se de según la capacidad de pago de las personas ”.

ineficiencia debido a que las ESE nunca recibieron recursos bajo este esquema, hecho que desde ya permite prever que si se repite el mecanismo, se podría estar asegurando su defunción. Esta situación se agrava con la eliminación de los contratos de aseguramiento, que impide la vigilancia y control de los recursos por parte de la entidad territorial, así como la posibilidad de imponer sanciones en los casos que lo ameriten (Gerentes ESE, 2011).

En camino se encuentra otro decreto para reglamentar los Comités Técnico-Científicos de las EPS. En la propuesta de criterios generales el decreto establece que la financiación de las prestaciones por condiciones particulares, extraordinarias y que se requieren con necesidad, no podrá ser autorizada en caso de que se verifique la capacidad de pago del paciente o de su grupo familiar. Esta medida es la misma que se intentó imponer con uno de los decretos de la emergencia social: que la gente pague de su propio bolsillo los eventos No POS, situación que refuerza la idea de que el acceso a los servicios de atención en salud en este SGSSS se de según la capacidad de pago de las personas.

Otra medida que tomó el gobierno nacional a través de la Ley 1444 de mayo de 2011 fue la escisión del Ministerio de la Protección Social, en el Ministerio del Trabajo y el Ministerio de Salud y Protección Social⁴, cuyo papel está más relacionado con el cuidado de las finanzas del SGSSS que con la que debería ser su tarea fundamental: garantizar la conservación de la salud de la población.

Las últimas medidas que el gobierno nacional ha logrado aprobar son el Acto Legislativo 03 de 2011 que establece el principio de la sostenibilidad fiscal y la Ley 1473 del 5 de julio de 2011 que lo desarrolla. A través de este acto el gobierno nacional modificó los artículos 334, 339 y 346 de la Cons-



Imagen de Universidad Javeriana

El debate desencadenado por la emergencia social presionó la necesidad de realizar una nueva reforma al SGSSS, que venía discutiéndose en el Congreso sin éxito. Santos la impulsó como tarea prioritaria.



Las medidas que ha venido implementando Santos se han enfocado en función de las finanzas del negocio de la salud y no del cuidado de la salud.



Con el principio de sostenibilidad fiscal, que ocupa el orden jerárquico superior entre los derechos, la garantía jurídica del derecho a la salud queda supeditada a la estabilidad fiscal y se quiebra la acción de tutela.

titudin Polítca estableciendo el derecho a la sostenibilidad fiscal, con el argumento de que ésta 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 estas medidas legislativas se crea el supraderecho de sostenibilidad fiscal, que ocupa el orden jerárquico superior entre los derechos. Así, la garantía jurídica del derecho a la salud queda supeditada a la estabilidad fiscal.

Ley Estatutaria para blindar el rentable negocio de la salud

Otra iniciativa que ha venido promoviendo el gobierno nacional y que tiene trámite en el Congreso de la República es un proyecto de ley estatutaria en salud, iniciativa con la que se busca equiparar (léase limitar) el derecho a la salud con el POS. Esta propuesta reduce significativamente la concepción que estipulan las normas internacionales sobre este derecho que lo conciben más allá de la ausencia de enfermedad y lo vinculan con un conjunto de

determinantes básicos referidos a acceso a alimentación, educación y agua potable; contar con vivienda adecuada, saneamiento básico, condiciones de trabajo dignas y seguras, entre otros (ONU, 2000). Esta perspectiva también estuvo en los decretos de emergencia social que intentaron reducir el POS a lo básico y a que la gente deba pagar todo lo contemplado como No POS.

Con la definición de la regla fiscal y con la iniciativa de ley estatutaria en salud, de ser aprobada, se cerraría el círculo de la manera exacta en que quieren los negociantes de la salud, en tanto se subordina la garantía de los derechos sociales a la estabilidad fiscal. Así, con el principio de sostenibilidad fiscal, se quiebran la acción de tutela y las decisiones de la Corte Constitucional en materia de garantía del derecho a la salud, y con la ley estatutaria se establece que el derecho a la salud es sólo POS, lo que abre al máximo el negocio del No POS.

Santos gobierna a favor de los negociantes de la salud

Con este conjunto de decisiones e iniciativas del gobierno nacional, Santos logra concretar las intenciones de la emergencia social en salud contra las que se peleó ampliamente a comienzos de 2010, sólo que ahora lo hace en una mejor condición al instalarlas en un orden constitucional, estatutario y ordinario, favoreciendo los intereses

de los actores que intervienen desde una perspectiva de lucro, en contravía de la garantía del derecho a la salud.

A pesar de que el escándalo del desfalco de las EPS que detonó en meses recientes había

“ Así, con el principio de sostenibilidad fiscal, se quiebran la acción de tutela y las decisiones de la Corte Constitucional en materia de garantía del derecho a la salud, y con la ley estatutaria se establece que el derecho a la salud es sólo POS, lo que abre al máximo el negocio del No POS ”.

sido denunciado tiempo atrás por sectores gremiales, sociales y académicos, Santos lo ha capitalizado políticamente para decir que su gobierno lo sacó a flote. Esta situación, además, le ha permitido justificar la necesidad de configurar solo EPS

grandes, dando el paso para fortalecer oligopolios en el aseguramiento de la salud.

Es indudable que las medidas que vienen tomando son consistentes y se concatenan una a otra con el sentido básico de fortalecer el negocio del aseguramiento privado de la atención en salud: reducción del POS, con lo que aumentan las ganancias al no hacer uso extensivo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)⁵; obligatoriedad de pago de los servicios No POS junto al estímulo legal de los planes de medicina prepaga, con lo que fortalece este negocio; control al uso de la tutela en salud con el establecimiento de una regla fiscal y una ley estatutaria en salud que define como contenido del derecho a la salud únicamente al POS y establece la salud solo como un derecho contractual; avance en el establecimiento de un oligopolio privado del negocio del aseguramiento y la prestación de

servicios, quebrando definitivamente la red pública hospitalaria; limitación al máximo de la participación ciudadana en los temas de salud; captura en la lógica de negocio de alternativas como la estrategia de APS y creación del Ministerio de Salud, retomando una demanda gremial y social, pero en función de las finanzas del negocio de la salud y no del cuidado de la salud.

“Es claro entonces que con el gobierno de Santos vamos en la misma tendencia privatizadora de la salud, que la niega como derecho humano fundamentalmente, razón por la cual las protestas sociales por el derecho a la salud se han incrementado nuevamente en este periodo”.

Es claro entonces que con el gobierno de Santos vamos en la misma tendencia privatizadora de la salud, que la niega como derecho humano fundamentalmente, razón por la cual las protestas sociales por el derecho a la salud se han incrementado nuevamente en este periodo, especialmente al conocerse el desfaldo hecho a las finanzas públicas de salud por parte de las EPS.

Esta indignante situación demanda respaldar iniciativas que desde los sectores so-

ciales se vienen haciendo, en cabeza del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, como el impulso a la octava papeleta en las elecciones del próximo 30 de octubre, la cual se constituye en un mecanismo político de la sociedad colombiana para demandar que no haya más Ley 100 y acordar que configure realmente una política de Estado y un Sistema de Salud garante del derecho a la salud. Propuesta que se articula con el impulso a una Iniciativa Popular Legislativa que permita un acuerdo colectivo sobre ese nuevo modelo de salud en el país y que se constituya en un mandato ciudadano imperativo al Congreso de la República⁶. ■

*Mauricio Torres-Tovar

Médico Salubrista. Miembro del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social y voluntario del Equipo de Movimientos Sociales del CINEP/PPP

Notas

- ¹ Se refiere a la contratación que hacen las EPS con su propia red prestadora de servicios de salud (IPS), lo que implica dejar de contratar con la red pública hospitalaria, debilitándola. El hecho de que durante todos los años de aplicación de la Ley 100 no se haya podido eliminar la integración vertical habla del poder político de las EPS y sus nexos con parlamentarios que protegen sus intereses en el Congreso de la República (Romero, 2011).
- ² Lo que no está en el POS se ha venido denominando No POS, que la gente debe pagar de su propio bolsillo. Si no tiene capacidad de pago no se le suministra.
- ³ La incorporó, en parte, por una presión internacional de promoción de esta estrategia desde la OMS/OPS y, por otra, por la influencia que tuvo Bogotá al desarrollarla a través del programa “Salud a su casa”.
- ⁴ En la propuesta de campaña de Santos se le denominaba Ministerio de la Salud y la Vida Sana, lo que era interesante para articular el tema de salud con la calidad de vida y además incorporar en la gestión la acción intersectorial para así superar el enfoque que ve la salud principalmente como un asunto de atención a la enfermedad. Pero como se ve, se cambió la denominación.
- ⁵ La UPC es un pago per cápita que reciben las EPS por cada afiliado que tienen. La UPC equivale hoy a \$505.627 para el régimen contributivo y \$302.040 para el régimen subsidiado (Acuerdo 19 de 2011 de la CRES).
- ⁶ Para obtener más información de estas iniciativas ver <http://movimientonacionalporlasalud.blogspot.com/>

Referencias

- Gerentes ESE de Bogotá. 2011, “Gobierno nacional proyecta decretar muerte de hospitales de la red pública y vulneración al derecho a la salud. Comunicado de Prensa” en *El Tiempo*, Bogotá, abril 3.
- Hernández, Mario y Torres-Tovar, Mauricio, 2010, “Colombia’s New Health Reform: Helping Keep the Financial Sector Health” en *Social Medicine*, Vol 5, Num 4, Nueva York, diciembre. Disponible en: <http://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/view/518>.
- Organización de Naciones Unidas, 2000, “Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General No. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, Ginebra. Disponible en: http://www.escr-net.org/resources_more/resources_more_show.htm?doc_id=428717&parent_id=425976
- Romero, Mauricio (ed.), 2011, *La economía de los paramilitares. Redes de corrupción, negocios y política*, Corporación Nuevo Arco Iris, Bogotá.
- Torres-Tovar, Mauricio, 2010a, “Colombia: declaratoria de emergencia social. Salvavidas para el negocio de la salud” en *Le Monde Diplomatique*, No. 86, Bogotá, febrero, pp. 3-4. Disponible en: http://www.eldiplo.info/mostrar_articulo.php?id=1028&numero=86
- Torres-Tovar, Mauricio, 2010b, “Iniciativas en salud del gobierno nacional. Reemergencia en Salud” en *Desde Abajo*, No. 162, Bogotá, octubre, pp 2-3.
- Torres-Tovar, Mauricio, 2010c, “Legislar para el negocio. Ahora los ‘planes voluntarios de salud’” en *Desde Abajo*, No. 164, Bogotá, diciembre, pp. 2-3.
- Torres-Tovar, Mauricio, 2011, “¿Y cómo va el tema de participación en la reforma de salud?” en *Participación Al Día*, N° 32, febrero, p. 7.