

20 AÑOS DE LEY 100: ¿Derechos versus negocio?

Iván Jaramillo Pérez
ivanjaramilloperez@gmail.com

Desde la ley 10 de 1990, pasando por la Constitución de 1991 y luego con la ley 100 de 1993 el sector de la salud ha sido sometido a una doble o quizás a una triple descentralización: primero a la descentralización territorial que otorgó un papel relevante a las entidades territoriales, incluyendo un proceso de descentralización institucional complementario mediante el cual se otorgó autonomía a la gestión hospitalaria y luego llegó la descentralización o mejor la desmonopolización del aseguramiento y la irrupción de más de 60 EPS. A diferencia de hace 20 años cuando la salud no era, según los parlamentarios, un tema de “interés político”, hoy los diversos actores del sector, que se han visto multiplicados, han tomado parte activa en el debate, en un contexto donde existen muchos intereses encontrados, pero que actúan como un gran sindicato, que a diferencia del sector educación, presiona por más recursos ante el Estado y han logrado un incremento significativo en un contexto de mercado imperfecto, pero con mejor participación sectorial de la salud en la torta. De otra parte, se ha desarrollado la conciencia sobre el derecho a la salud en la población usuaria, siendo el único sector con “Ley Estatutaria propia”, en un momento en que el aseguramiento formal está en más del 97%, aunque la accesibilidad a los servicios, que si bien ha mejorado, no ha logrado producir una respuesta eficaz ante una demanda potenciada e insatisfecha.

Las bondades y limitaciones del sistema así creado ha generado una seguidilla de ajustes y reformas: primero se intentó con la ley 715 de 2001 compatibilizar la descentralización territorial y la desmonopolización del aseguramiento; luego con la ley 1122 de 2007 se buscó rescatar la salud pública, la atención primaria y el mejoramiento de la calidad, conceptos por cierto achicopalados ante el embate del “aseguramiento”. Después, solo 4 años más tarde, la ley 1438 de 2011 crea un sistema de “giros directos” a los hospitales haciendo un “bay passe” para eludir las múltiples intermediaciones en el manejo de los recursos. De otra parte las sentencias de la Corte Constitucional abrieron los límites del Plan Obligatorio de Salud y se produjo la avalancha del “No - POS” y de los recobros, corrompiendo y amenazando la estabilidad financiera del sector y del estado. Situación está que obligó al gobierno actual a buscar la aprobación de una Ley Estatutaria que pusiera en cintura el “derecho a la salud”.

Es dentro de este contexto que se tramita el actual proyecto de ley ordinaria y que en esta ocasión, esperan los actores, que las reformas sean realmente de fondo y no simplemente de ajustes cosméticos. Para la “izquierda sanitaria”, como en su momento se llamó en Brasil, se trata de acabar con el “negocio” y la “mercantilización”; para los prestadores la expectativa es acabar con la intermediación que genera una deuda creciente y que según diversos estimativos oscila entre \$4 y \$ 10 billones; para los ciudadanos comunes y corrientes, está bien el aseguramiento, pero se trata de mejorar el acceso y la calidad.

El proyecto de reforma tiene cuatro temas que son centrales para el gobierno: la reforma de las EPS bajo el nuevo disfraz de “Gestoras de Salud”; la centralización del manejo de los recursos mediante “Salud Mía”; la reforma y ampliación del POS, denominado ahora “Mi Plan” y la administración de las “Redes de Servicios” a cargo de las Gestoras dentro de los nuevos límites de las “Áreas Sanitarias”. Pero la reforma sería una burla si no fuera capaz de encontrar una respuesta a la “crisis hospitalaria” generada por las inmensas deudas que aquejan a los prestadores a lo cual se suma el atraso tecnológico en la red pública.

El Ministro Alejandro Gaviria, promotor del proyecto, había entrado pisando duro luego de conseguir la aprobación de la “Ley Estatutaria” y la primera vuelta de la ley ordinaria en el Senado, pero cometió un gran error de principiante y en lugar de dedicarse a cuidar las tres (3) “manzanas claves” del proyecto, le empezó a poner más: nuevos tratamientos al recurso humano, a los especialistas, a las universidades, a los estudiantes y se echó a todos gremios encima, auto-empantanándose el mismo. Ahora quiere enmendarse y adelgazar el proyecto reduciéndolo de 90 a menos de 20 artículos, lo cual parece correcto.

Salud Mía y Las nuevas Gestoras de Salud.

El proyecto de ley crea un nuevo ropaje para las EPS y las denomina “Gestoras de Salud” el cual podría ser simplemente “la misma perra con distinta guasca” de no ser porque ahora se distribuyen funciones con “Salud Mía” el gran fondo centralizador. Se afirma que las nuevas gestoras “no manejen recursos” porque toda o gran parte de la gestión de “tesorería” queda en manos de “Salud Mía”: cobrar y pagar, no se sabe aún si afiliar también; aunque las “Gestoras” conservan la ordenación del gasto y el manejo de la “contabilidad” y con ella el control de costos y la posibilidad de cobrar utilidades. De hecho este modelo ya funciona, desde hace más de dos años, para un 70% de los recursos del régimen subsidiado, sin que se vea afectado “el negocio” de las EPS-S pues como siempre lo hemos dicho el “verdadero negocio” no está en la EPS sino en el manejo de la “red de servicios”.

Quitar el manejo de los recursos a las “Gestoras” es una necesidad técnica para agilizar el flujo de los recursos y eventualmente evitar desvíos, contrarrestando “el manejo desastroso de las EPS” como recientemente lo calificó el Presidente Santos, pero sobre todo busca adocenar el espíritu de “negocio” que tienen las EPS auspiciado por el “diablo” del mercado que impregna de “p a pa” toda la ley 100. No obstante el proyecto se queda corto en el maquillaje ante los grandes avances que lograron los “paisas” en esta materia, pues allí para conjurar el colapso del Régimen Subsidiado de Salud, los funcionarios del departamento de Antioquia y del municipio de Medellín, con la aprobación de concejales y diputados, crearon a “Savia Salud” que jurídicamente es una empresa por acciones pero los propietarios son las entidades territoriales y COMFAMA, además con una cláusula taxativa que impide a los propietarios “retirar utilidades” y la obliga a reinvertirlas en la salud de los beneficiarios. Es entonces una sociedad comercial de gestión gerencial privada pero sin ánimo de lucro (como las privadas) y sin ánimo de quiebra (como le ocurrió a las públicas) siendo así que debe generar utilidades pero para apoyar otros programas de salud como son la atención primaria. No sobra, entonces, que los Representantes a la Cámara antes de votar la reforma conocieran esta experiencia que en pocos meses rebajo a la mitad las tutelas.

Mi Plan

La idea de cambiar el POS por “Mi Plan” significa eliminar el listado de intervenciones, actividades, procedimientos y medicamentos a que tienen derecho los afiliados y sustituirlo por una lista corta de excepciones. Es de observar que se estaría así regresando al sistema que en su momento permitió manejar el plan de beneficios del antiguo ISS y de Cajanal.

Si bien este sistema de definir los derechos de los afiliados solo enunciando límites, puede permitir un mejor y más amplio acceso a los servicios y otorgar una mayor libertad para el ejercicio profesional de los médicos, quienes podrán así escoger con autonomía los procedimientos y medicamento más adecuados; no obstante existe el peligro que las autorizaciones entregadas por La Ley Estatutaria al gobierno para definir los eventos, tecnologías y medicamentos que no estarán dentro de “Mi Plan”, el gobierno pueda así suprimir a su amañó el acceso a los servicios de alto costo.

Lo que sí es evidente es que el modelo de Plan Abierto con límites puntuales es una mejor alternativa que un NO-PO sin límites que no permite controlar los costos y el equilibrio financiero. Esta solución por cierto hubiera podido ser recomendada por la Corte Constitucional en su momento sin necesidad de Ley.

Las redes de servicios.

El cuarto pilar de la reforma está en la conformación y manejo de las redes de servicios que serían de obligatoria contratación por parte de las nuevas Gestoras.

En nuestra opinión el punto central del debate está en “quien define” la red de servicios que obligatoriamente debe contratar cada EPS o Gestora: Sera ¿el gobierno nacional? ¿el gobierno territorial?, léase “las secretarías de salud”, o ¿las propias EPS o Gestoras? . Evidentemente allí está centrado el interés principal de las EPS privadas que hasta ahora han manejados las redes a su antojo. Además se sabe que así se vean reducidas y re-direccionadas las utilidades de las EPS o gestoras, las empresas privadas hacen su negocio privilegiando la contratación y pago a sus propias redes y a las tarifas que deseen.

Puede decirse que quienes definen y manejan las redes realmente manejan “el poder” dentro del sector salud y desafortunadamente el proyecto de ley consagra que ese derecho quede en manos de las aseguradoras. Más aun, es claro que quienes definen: con quien se contrata y a qué precio se pagan los servicios, tienen en sus manos la posibilidad de capturar rentas, utilidades y beneficios financieros a costa de los servicios de salud.

En conclusión.

La nueva ley es también un maquillaje que no cambia la esencia pero es un maquillaje necesario que podría ser mucho mejor.