

EDITORIAL 1

LA REFORMA QUE NO REFORMA

Mauricio Torres-Tovar

Médico, Especialista en Salud Ocupacional, Magister en Salud Pública y Magister en Estudios Políticos, Estudiante de Doctorado en Salud Pública, Profesor de Posgrados en Salud de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. Presidente de la Asociación Internacional de Políticas de Salud. maot99@yahoo.es

Ha vuelto a colocarse en la mesa del debate público la posibilidad de una tercera reforma a la Ley 100 de 1993 (recuerden las ya acaecidas en el año 2007 con la Ley 1122 y en el 2012 con la Ley 1438), y surge la pregunta de si esta propuesta de reforma efectivamente va a resolver la crisis del sector salud¹, los muy serios problemas de salud pública que tiene el país² y el profundo malestar y deslegitimación social del sistema de salud colombiano instaurado por esta Ley.

Para quienes trabajamos en el campo de la salud pública, bien desde el sector académico, bien desde el campo de la gestión y administración de las políticas y programas de salud pública o bien en sus acciones operativas, el tema de la reforma a la salud debe ser un tema de toda nuestra preocupación.

Son diversos los problemas estructurales que se tienen con el modelo de ley 100, relacionados entre otras con la intermediación financiera que realizan las EPS; la necesidad de demostrar capacidad de pago por parte de las personas para recibir el paquete de beneficios; la separación entre acciones individuales de atención y las acciones colectivas, las primeras constituidas en un negocio principalmente de los sectores privados del aseguramiento y prestador de servicios y las segundas a cargo del Estado a través de los entes territoriales de salud desestructurados, que ha llevado a la salud pública a un profundo declive en el país; y el acento del modelo en la curación de la enfermedad con una marginación de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad³.

El deterioro de la salud pública

La situación de salud debe ser la manera adecuada para medir los impactos de una política de salud.

Aunque al modelo actual de salud se le puede atribuir el mejoramiento de indicadores tradicionales, como la disminución de la mortalidad materna e infantil de manera global; el énfasis del modelo en la atención a la enfermedad ha reducido el componente de salud pública, dejándolo contenido a un plan (Plan de Intervenciones Colectivas - PIC), que está en la misma lógica del paquete de servicios (Plan Obligatorio de Salud -POS).

Esto ha llevado a desestructurar programas de promoción y prevención tan importantes como los relacionados con la fiebre amarilla, la tuberculosis, la malaria, el dengue, entre otros. El componente de inmunización se ha debilitado completamente, las coberturas no útiles de vacunación han generado la reemergencia de enfermedades infectocontagiosas como sarampión, rubeola, difteria, rabia humana⁴.

Igual se podría decir acerca de la baja o nula respuesta para enfrentar problemas epidemiológicos serios como el de las múltiples violencias o el de la accidentalidad vial, que se constituyen en causas fundamentales de altas cifras de morbi-mortalidad en el país.

Un continuum de ajustes a la política privatizadora de salud

Durante todos los veinte años de implementación de una política de estado en salud en Colombia a través de la puesta en escena de la Ley 100 de 1993, los gobiernos nacionales de turno han buscado profundizar su modelo privatizador.

Como estrategias para avanzar en esta vía se han utilizado principalmente tres herramientas. De un lado, la orientación del Banco Mundial de impulsar

la nueva concepción de protección social derivada del denominado manejo social del riesgo, que lleva a impulsar programas de transferencias en efectivo condicionadas para los más pobres, junto con reformas estructurales de los sistemas de salud hacia sistemas de aseguramiento individual con subsidio a la demanda para pobres. Modelo que fue acogido por Colombia y que se viene impulsando a través del programa de familias en acción y del régimen subsidiado de salud⁵.

De otro lado, la suscripción de Tratados de Libre Comercio (TLC), que busca en el componente de salud profundizar la privatización al permitir la entrada a multinacionales farmacéuticas, de aseguramiento y de prestación de servicios, que tomaran el control de los servicios de salud, aseguramiento, medicamentos, tecnologías y educación médica. La firma de estos TLC, son sin lugar a duda un ajuste de tuerca en el proyecto neoliberal de privatización de sectores como el de la seguridad social y la salud⁶.

La tercera herramienta ha sido la reforma ordinaria y estatutaria en salud. A mediados de la década del 2000 producto de las presiones políticas de diversos sectores se impulsó una reforma a la Ley 100 justificada por sus limitaciones en la garantía del derecho a la salud y los efectos negativos de esta situación, la cual quedó normada en la Ley 1122 de 2007, reforma que mantuvo el modelo de aseguramiento e intermediación, sin generar cambios estructurales del modelo de salud y por lo tanto no contribuyó a resolver los problemas evidenciados.

A finales del 2009 y comienzos del 2010 se da lo que se denominó la emergencia social en salud⁷, que forzó a un nuevo proceso de deliberación pública que llevó a una segunda reforma de la ley 100, la cual se concretó a través de la Ley 1438 de enero de 2012, que igual que la primera reforma, no modificó la esencia de la Ley 100 al sostener el modelo de intermediación de las EPS y no controlar la integración vertical.

Finalmente, en el marco de estas herramientas legislativas, en el año 2013 se sanciona una Ley Estatutaria de Salud, con la cual el gobierno nacional avanzó en su enfoque de mercado al hacer ajuste de tuerca⁸, al establecer estatutariamente un contenido restringido del derecho a la salud referido al POS, dejándolo ligado exclusivamente a un servicio

público de atención a la enfermedad individual en el marco del modelo de aseguramiento, regulado por el Estado pero que puede ser prestar por instituciones públicas o privadas, despojando a este derecho de su contenido integral e interdependiente con otros derechos fundamentales y de su articulación con la condición de ciudadanía, que implica que no hay que demostrar capacidad de pago para recibirlo.

¿La salida es una tercera reforma?

En tanto las dos reformas de la ley 100 y la Ley Estatutaria de Salud no han resuelto lo que se ha denominado la crisis de la salud en Colombia, se viene dando un tercer proceso de reforma.

Al estudiar el proyecto de ley 210 de 2012, se observa que lo que se propone es un cambio de forma y no de fondo. Ahora se va a hablar de Gestoras de Servicios de Salud en vez de EPS, de Mi Plan en vez de POS, de Salud Mía en vez de Fosyga, de valor per capital ajustado por riesgo en vez de UPC, de prestadores de servicios de salud en vez de IPS, de órgano colegiado de gestores de servicios de salud en vez de ACEMI. Un maquillaje gramatical.

La iniciativa mantendrá los dos regímenes de aseguramiento, con lo cual no enfrenta las inequidades que se dan entre los afiliados al régimen contributivo y los afiliados al régimen subsidiado. Más que desaparecer las EPS les cambia su denominación pero las potencia, en tanto les da potestad en aspectos que son centrales en el sistema de salud como crear y direccionar las redes prestadoras de servicios de salud; mantener la contratación, vigilancia y pago a las prestadoras de servicios de salud; mantener el rol de autorizadores de servicios; contratar con su propia red en la prestación primaria de servicios de salud sin ningún límite de porcentaje; continuar con la potestad de realizar acciones de salud individuales y colectivas; mantener el negocio de la medicina prepa⁹.

Se puede decir entonces que cada una de las medidas e iniciativas impulsadas por los gobiernos nacionales durante estos veinte años, bien sean las reformas a la Ley 100, la Ley Estatutaria o las propuestas para incorporar nuevos aspectos al sector salud, solo han contribuido a fortalecer el modelo de mercado en la perspectiva del aseguramiento individual de atención a la enfermedad, sin resolver los graves problemas

de garantía del derecho a la salud que el modelo ha generado.

Hay alternativas

Durante todos los años de implementación de la Ley 100 se han presentado periodos de movilizaciones, luchas y resistencia, por las barreras de acceso a los servicios de salud, el deterioro de la salud de la gente, el empeoramiento de las condiciones laborales de los y las trabajadoras del sector salud y por la liquidación de la institucionalidad pública tanto de la seguridad social, como de la red hospitalaria¹⁰, confrontación que llevó finalmente a que en el país se plantee la necesidad de configurar un nuevo modelo de salud en el país, que sea garante efectivo de este derecho¹¹.

Y desde luego se han configurado propuestas de un nuevo modelo de salud, que han sido presentadas en varias ocasiones a través de proyectos de ley al Congreso de la República. Las propuestas han planteado crear un sistema de salud que se distancia del actual modelo del negocio con la enfermedad, al plantearse como un modelo de carácter público, universal, gratuito y ampliamente participativo, con un enfoque de salud pública que coloca el acento en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, que busca afectar los determinantes de la salud y que despliega la estrategia de atención primaria¹².

Para concluir, se puede decir que vamos por una tercera reforma de salud en el país, que no cambia lo sustancial y por lo tanto vamos a seguir teniendo más de lo mismo. De otro lado, hay que tener claro que hay propuestas que pueden dar salidas a esta crisis. El curso de esta situación se irá dando dependiendo de quién gane el pulso de la confrontación política por el control del sector de la salud, que por ahora han dominado los sectores proclives a la salud como mercancía y negocio, lo que demanda fortalecer la capacidad de incidencia de los sectores proclives a la salud como derecho humano, para cambiar el curso de los acontecimientos y por fin empezar a tener una experiencia histórica de garantía del derecho a la salud en Colombia.

Referencias bibliográficas

1. Yepes FJ, Ramírez M, Sánchez LH, Ramirez M, Jaramillo I. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Assalud en coedición con la Universidad del Rosario, Facultad de Economía y Mayol Ediciones S.A. Bogotá. 2010.
2. Torres-Tovar M. Modelo de salud colombiano: exportable, en función de los intereses de mercado. *Rev Saúde em Debate*. 2008 Dic; 2(78/79/80): 207-219.
3. Torres-Tovar M. La necesaria reforma que no llega. *Revista Foro*. 2013 Sep; 80: 36-46.
4. Instituto Nacional de Salud. Boletines Epidemiológicos periódicos. Bogotá
5. Hernández M y otros. Social protection debate and consequences in Latin American Andean countries. 2009, (Inédito).
6. Torres- Tovar M. El TLC entre Colombia y Estados Unidos: ajuste de tuerca en la reforma privatizadora de la ley 100 de 1993. En: Cardona LD (Org.). *Ley 100: balance y perspectivas*. Bogotá: Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social y Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson. Ediciones Antropos. Bogotá. 2006.
7. Torres-Tovar M. Colombia: declaratoria de emergencia social. *Salvavidas para el negocio de la salud*. *Le Monde Diplomatique edición Colombia*. Edición No. 86, febrero de 2010.
8. Torres-Tovar M. Colombia: Ley estatutaria para atornillar el negocio de la salud. *Periódico Desde Abajo*. Edición No. 193, Julio de 2013. http://www.desdeabajo.info/quienes-somos/item/22414-ley-estatutaria-para-atornillar-el-negocio-de-la-salud*.html
9. Torres-Tovar M. Tercer round. Nueva reforma a la salud, lo que oculta y lo que demanda. *Periódico Desde Abajo*. Edición No. 190, Abril de 2013. http://www.desdeabajo.info/component/k2/item/21890-nueva-reforma-a-la-salud-lo-que-oculta-y-lo-que-demanda*.html
10. Torres-Tovar M. Lucha social contra la privatización de la salud. Bogotá: CINEP. 2013.
11. Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social. Colombia; por una salud con principios. *Periódico Desde Abajo*, Edición 155, marzo de 2010. <http://www.desdeabajo.info/ediciones/periodico/item/6604-colombia-por-una-salud-con-principios.html>
12. Hernández M. Un sistema universal para enfrentar la crisis de la salud. Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud (ANSA). Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social (CSR). Bogotá, abril 10 de 2013.