

*Concepto sobre la consulta popular de origen ciudadano
"conquistemos la salud como un derecho fundamental parti-
cipando y transformando el sistema de salud en algo digno
para todos"*

Mario Hernández Álvarez¹

Introducción

A solicitud de los promotores de la consulta ciudadana sobre el sistema de salud colombiano, se presenta a continuación un concepto técnico sobre la coherencia interna de las preguntas formuladas, su alcance y su potencialidad para transformar el sistema de aseguramiento en salud vigente desde la Ley 100 de 1993. En este sentido, se hará un análisis de cada una de las preguntas y se propondrá una orientación general de la consulta con el fin de contribuir a su mejor presentación ante la opinión pública a la hora de promover la participación ciudadana.

Se parte de la base de considerar que la consulta es una muy buena iniciativa de participación y movilización social por el derecho fundamental a la salud, a la luz de la profunda crisis del sistema de aseguramiento con competencia regulada y subsidio a la demanda vigente.

Sobre las preguntas

- 1. ¿Está de acuerdo en que los recursos públicos de la salud deben ir directamente a las IPS como hospitales, clínicas, centros de salud, entre otros, y que no se le permita a ninguna entidad expresamente la intermediación financiera como lo hacen en la actualidad las EPS?**

¹ Médico, Bioeticista, Doctor en Historia, Profesor Asociado del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina y Coordinador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia.

Esta es la pregunta más importante y central de la consulta. El modelo de seguridad instaurado con la Ley 100 de 1993 y las normas sucedáneas consiste en la entrega de los recursos públicos destinados a la atención en salud a unas empresas intermediarias, denominadas “empresas promotoras de salud” (EPS), que se lucran con el manejo de estos recursos. El mecanismo de regulación de la competencia entre estas las EPS consiste en la entrega de los recursos públicos por medio de una “unidad de pago por capitación” (UPC) destinada a cubrir los costos de la prestación de un “plan obligatorio de salud” (POS). La forma fundamental de extracción de ganancia por parte de las EPS consiste en evitar a toda costa el gasto de la UPC en la prestación de servicios. Esto explica gran parte de los problemas del sistema, como las barreras de acceso a los usuarios, las deudas a los prestadores a través del mecanismo de “glosa” de las facturas presentadas, las tarifas leoninas a los prestadores, la precarización laboral, entre otros.

Adicionalmente, las EPS no han separado, como lo ordena la ley, los recursos de operación (entre 8 y 10%) de los recursos obligatoriamente destinados a la prestación de servicios de los afiliados (entre 92 y 90%). En cambio, han desviado gran parte de los recursos a fines diferentes a la prestación de servicios a expensas de la salud de la población.

En estas condiciones, la opción más adecuada para realizar esta labor es retirar a las EPS del sistema y construir una nueva institucionalidad para la administración de los recursos públicos. Para ello es posible integrar los recursos fiscales y parafiscales en un fondo público, para ser asignados a territorios de salud, según características demográficas, epidemiológicas, culturales y de equidad. Estos recursos para los territorios de salud podrían ser administrados por instituciones públicas, con dirección colegiada, participativa y con fuerte control social e institucional. Este modelo ha demostrado ser mucho más eficaz para garantizar el derecho a la salud que el modelo de intermediación financiera mercantil, como lo han demostrado los sistemas de salud de Costa Rica, Canadá, Reino Unido y Brasil.

2. ¿Aprueba usted prohibir la verticalidad en los servicios por parte de las EPS? (ninguna EPS podría ser al mismo tiempo propietaria de ips como hospitales y clínica etc.)

La pregunta se refiere seguramente al mecanismo de “integración vertical” de los prestadores por parte de las EPS para disminuir sus costos y aumentar sus ganancias. Esto ya está limitado al 30% de la contratación de servicios por la Ley 1438 de 2011. Sin embargo, la forma de generar el paso de los recursos de la UPC del asegurador al prestador es por medio de la conformación de grandes grupos o consorcios de prestadores y de muchas empresas más que participan en el negocio de la prestación de servicios, como las de insumos, medicamentos y personal en salud. Este es el mecanismo de “integración horizontal o comercial” que han escogido muchas empresas, comenzando por Saludcoop, y ahora, el consorcio Prestasalud que comprará Cafesalud.

Si se entiende de esta manera, se puede explicar al ciudadano que esta pregunta pretende que no continúe esa lógica de conformación de grandes conglomerados o grupos económicos que no hacen más que apropiarse indebidamente de los recursos públicos de la salud. De esta forma, esta pregunta sería complementaria del sentido de la anterior y más importante de la consulta.

3. ¿Está de acuerdo en que las EPS sean excluidas de las juntas médicas (para evitar que sean juez y parte al mismo tiempo) y se incluya al tribunal de ética médica, veedurías ciudadanas asociación de usuarios, entre otros las juntas médicas establecen las terapias, métodos, diagnósticos medicamentos que se deben prestar y suministrar?

Esta pregunta debe ser leída a la luz de la Ley Estatutaria en Salud (1751 de 2015) según la cual se están definiendo los “servicios y tecnologías” que serán excluidas y no serán pagadas con recursos públicos. El mecanismo para definir las exclusiones no incluyó a las EPS, de manera que esta pregunta resulta inocua a la luz de la más reciente normatividad sobre el derecho fundamental a la salud. En todo caso, no afecta el sentido o la orientación fundamental de la consulta que es eliminar la intermediación financiera que realizan las EPS en el sistema actual.

4. ¿Está de acuerdo en que se elimine el listado actual de terapias, métodos diagnósticos, medicamentos no incluidos en el sistema de salud?

La pregunta se orienta a la eliminación del listado de exclusiones explícitas que estableció el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud y que aceptó la Corte Constitucional como exequible en su Sentencia C-313 de 2014. No obstante, la pregunta puede abrir nuevamente el debate sobre este mecanismo para definir el núcleo esencial del derecho a la atención en salud y permitir una reorganización del sistema para la garantía plena de este derecho fundamental, retirando la intermediación financiera lucrativa que tanto daño ha hecho al sistema y tanta corrupción ha implicado.

Conclusión

La iniciativa ciudadana es una expresión legítima del malestar acumulado con un sistema de salud que sin duda ha generado mucho dolor, sufrimiento innecesario y muertes evitables. El núcleo central de la consulta está en la primera pregunta. Las tres adicionales resultan complementarias y de alcance menor. No obstante, no anulan el sentido principal y bien podrían ampliar la comprensión de lo que la población aspira en materia de derecho fundamental a la salud en Colombia. Bienvenida la consulta propuesta.