



Salud: ajustes sin desbarajuste

- Segundo borrador para contribuir a la discusión.
- Una reforma de primacía ideológica.
- Si hay destrucción del sistema mixto solidario, que no es de mercado.
- Se corre el riesgo de llegar al Estado como único empleador de médicos y trabajadores de la salud.
- Y algo sobre Cuba. La revolución que deslumbró y el fracaso del monopolio estatal.

ÁLVARO URIBE VÉLEZ

1. En la primera lectura al proyecto de ley, articulado más exposición de motivos, se observa un guion ideológico que marchita al sector privado, incluidas las fundaciones de salud, e impone un peligroso monopolio estatal, ayudado por un sinnúmero de colectivos de muy probable homogeneidad política.

2. Se plantea una confrontación entre el sistema mixto actual, que los críticos señalan de mercado y el monopolio estatal que lo exaltan como social.

3. El Sistema actual es mixto: El Estado regula, esto es legisla, también vigila, pero no es el único operador. Pueden prestar el servicio entidades estatales, mixtas, privadas, cooperativas, fundaciones, cajas de compensación familiar, etc.

4. El Sistema actual está sometido por la Constitución a los principios de solidaridad, universalidad y eficiencia.

5. El lucro que asignan a las buenas EPS es mucho menor que los costos de la ineficiencia pública. La buena EPS que más gasta en administración no supera el 4,5%

y los rendimientos patrimoniales han sido mínimos o negativos.

6. Tampoco cabe una división entre pobres y ricos pues la solidaridad del sistema lleva a que no obstante la diferencia en cotizaciones todos tengan los mismos beneficios, las mismas atenciones y el acceso a los mismos hospitales, públicos, privados o de fundaciones.

7. La división verdadera que existe es entre regiones bien dotadas y las deficientes, especialmente en la ruralidad. También hay deficiencias que el proyecto señala en los determinantes sociales como alimentación, vivienda, educación, servicios públicos, etc.

8. Es clara la división en resultados entre las entidades bien administradas y aquellas con corrupción y/o politiquería. Además, el servicio es malo en centros de salud y hospitales, especialmente públicos, en estado de deterioro.

9. De acuerdo con el proyecto, la afiliación a la salud sería a través del registro en un Centro de Atención

Primaria, que independiente de su naturaleza pública o mixta, estaría inmerso en un Sistema de Monopolio Estatal.

10. Habría un centro por cada 25 mil personas. Se necesitarían no menos de dos mil nuevos centros con un costo aproximado a 10 billones de pesos, suma que parecería para la obra física y dejaría por fuera los equipos.

11. Se limita el derecho de libre escogencia que tampoco puede entenderse como absoluto pues hay regiones que no ofrecen suficiente infraestructura para escoger y para prestar un buen servicio tampoco conviene la pluralidad de aseguradores.

12. El presupuesto de 2023 tiene una partida de 1.5 billones para el mejoramiento de los centros básicos en zonas rurales. La suma crecería al 1.1% real anual, durante 10 años. Este esfuerzo es necesario.

13. No se varían los montos de cotizaciones.

14. Se prohíben los copagos y cuotas moderadoras. Artículo 26, parágrafo primero. Los mantiene para lo que no sea "Urgencia vital". El Sistema actual los restringe al Régimen Contributivo y de acuerdo con una focalización por ingresos, lo cual es más equitativo.

15. El Centro de Atención Primaria definirá la necesidad del afiliado de ser referido, remitido, a un servicio de más complejidad. De acuerdo con el artículo 87 esta decisión parece muy compleja y sometida a cuatro conceptos.

16. Una de las mayores quejas en Colombia, que se expresa en buena parte de las 90 mil tutelas anuales, es la demora para remitir pacientes. Con el entramado burocrático propuesto, este problema podría aumentar

17. La demora es un problema mundial. En Canadá se pasó de 3,7 semanas en 1993 a 11,1 semanas en 2021. En Colombia depende de especialidades, y de la disponibilidad de especialistas, que acusa carencias. Los promedios de esta espera van desde 8 semanas en obstetricia hasta 13,7 en ginecología.

18. El Sistema actual, con la tutela, la Superintendencia de Salud, la variedad de entidades, ofrece más caminos para que el ciudadano reclame. La posibilidad de reclamo en un monopolio estatal se convierte en un privilegio político.

19. Sobre la entrega de medicamentos, el artículo 125 del proyecto simplemente dice que se hará a través



de entidades habilitadas para dispensarlos. Aquí surge otra preocupación, que cualquier farmacia o dispensario de medicamentos tenga que depender de un monopolio estatal, con riesgos de desabastecimiento y de logística de distribución.

20. Si bien hay problemas como medicamentos que demoran, que no se transportan para que lleguen al beneficiario, el país ha mejorado con controles de precios, ofertas de genéricos y tiempos de suministro. Durante la pandemia, en 433 municipios hubo entrega en el domicilio del paciente.

21. Los programas de prevención se radicalizarían en los Centros de Atención Primaria. Estarían apoyados por 11700 equipos territoriales y 5000 promotores de salud. Es fundado el temor de una explosión de clientelismo político. En promedio habría más de 3 visitas al año por persona. Consultas en número de 200 millones al año serían más transparentes y de mejor calidad reforzando el Sistema Actual, con aumento de integración con hospitales, cajas de compensación, organismos municipales y departamentales. Además, con incremento de la telemedicina, que el proyecto incluye, y rigurosa motivación y vigilancia de las entidades nacionales. Hay consenso sobre la necesidad de mejorar la prevención no obstante que el país ha avanzado como lo acredita el aumento de la expectativa de vida y las coberturas de vacunación.

22. Si bien hay que acelerar la reducción de la morbilidad materna infantil, debe reconocerse que el promedio insatisfactorio se debe principalmente a la disparidad de infraestructura entre regiones y aún en grandes ciudades.

23. Las tarifas serán únicas y las fijará el Gobierno Nacional. El mismo Artículo 47 expresa que con las tarifas se modulará el Sistema no solamente en resultados sino también en oferta de servicios. No aparece norma que obligue al criterio diferencial por características de regiones, con sus perversos efectos en la calidad y en el aumento del gasto de bolsillo de los ciudadanos.

24. La tarifa única somete a una camisa de fuerza que puede desmotivar a los mejores hospitales. Por el contrario, la tarifa referencia ofrece márgenes para que prestadores y aseguradoras analicen costos y calidades. En un país con controles de precios de unos medicamentos, con libertad vigilada sobre otros, y con la posibilidad de extender esas facultades a procedimientos, la tarifa única fijada por el Gobierno se convierte en un exceso dañino de control estatal.

25. En los Fondos Regionales habrá un director, que será funcionario de ADRES -administradora oficial de los recursos-, quien autorizará los contratos y los pagos. El Estado pasa de vigilar, que también ha operado, pero sin

monopolio, a ser el único que contrata y paga. Si bien hoy existen demoras en pagos y saldos que los hospitales no han podido recuperar, el monopolio estatal puede agravar el problema en la medida que, al gasto acelerado de los recursos, al agotamiento posterior, se sume la intriga política que reemplace el reclamo democrático, viable por el sistema mixto. En un marco de variedad de actores el reclamo surge, pero ante el Estado Monopólico impera el temor y el silencio.

26. El proyecto propone una cantidad de instituciones burocráticas, la mayoría integradas por colectivos, con riesgos de peligrosa selección con criterio político, que en lugar de ayudar afectan la administración y crean excesivos costos y duplicidades. Además de los 11700 equipos territoriales y de los 5000 promotores de salud, hay otras creaciones: en la página 133 del Proyecto, exposición de motivos, se lee el listado de 9 entidades que se crearían, 8 de las cuales serían colectivos; 6 de las 9 estarían en el nivel territorial, en clara duplicidad con la institucionalidad de salud distrital, departamental y municipal. Bastaría una sencilla reorganización para que las instituciones vigentes cumplieran dichas tareas. A lo anterior debe agregarse la descentralización de Adres, que como se lee en la página 141 del Proyecto, exposición de motivos, tendría 7 directores regionales para contratar y pagar, y 33 oficinas departamentales de auditoría.

27. De aprobarse el proyecto se pasaría del sistema de aseguramiento mixto a uno de intermediación estatal y política. En efecto, el proyecto desconoce el carácter de aseguradoras de las EPS y obedece a la descalificación que las ha considerado meras intermediarias. Las tareas aseguradoras de afiliación, cobro, atención, gestión del riesgo de salud y financiero, examen, glosa y aprobación de cuentas, valoración y pago de las prestaciones económicas, quedan todas en el Estado o bajo su dominio absoluto.

28. Las EPS podrían ser Centros de Atención Primaria, hospitales con la nueva terminología, o contratistas del Estado. En definitiva se acaban.

29. Ha habido EPS con graves problemas de corrupción y de politiquería, con abusos de sus dueños y demoras en los pagos. El Gobierno anterior hizo un gran esfuerzo en materia de depuración.

30. Deben señalarse dificultades de las EPS derivadas de casos de lentitud en Adres para el giro de los recursos, de sobre facturación y de glosas por aseguradoras y prestadoras. También la insuficiencia de la Unidad de Pago por Capitación y el no pago de servicios extras en periodos excepcionales -presupuestos máximos-. Y debe reconocerse el impacto negativo en los hospitales causado por los pasivos sin respaldo patrimonial y sin pago en EPS liquidadas.

31. EPS públicas y cooperativas han fracasado, con excepciones destacables como Mutual Ser y Coosalud. Es doloroso que la corrupción y la incapacidad administrativa haya hecho tanto daño en algunas cajas de compensación, que deberían ser ejemplares, como muchas de ellas lo son, por ejemplo, en la entrega de medicamentos.

32. Muchas EPS fracasadas han tenido origen en el sector público, nacional y regional. Esta realidad acredita que el Sistema actual ha sido realmente mixto, con el Estado como regulador y vigilante, pero sin monopolios operativos.

33. El ideal de un Estado transparente se aproxima con el contexto democrático y de posibilidad de crítica que se genera con la participación privada, no a través de colectivos políticos absorbidos por el Estado.

34. Las EPS buenas son un patrimonio muy importante para el país entero que no debería eliminarse. La poca rentabilidad de esos patrimonios debería llamar la atención del Gobierno y del Congreso para garantizar, con la permanencia de EPS de gran calidad, que esos patrimonios, muchos privados, continúen sirviendo al país. Tengamos en cuenta que son estos patrimonios lo que absorben pérdidas muy comunes en los servicios de salud, con el consiguiente ahorro para el Estado.

35. La base de datos de la salud sobre todos los ciudadanos afiliados, quedaría convertida en un empadronamiento del Estado.

36. El valor para atender a cada ciudadano en mediana o alta complejidad, definido por los fondos regionales de salud, reemplazaría a la Unidad de Pago por Capitación que hoy reciben las EPS. Estas tienen que asumir la solvencia, efectuar las reservas y responder por su inversión. Dichas garantías desaparecen en el Monopolio Estatal.

37. Las buenas EPS representan al paciente, que quedaría a merced de un sistema exclusivamente estatal con riesgos, difícilmente evitables, de intriga política y de corrupción.

38. Insistimos en la propuesta para que las EPS deban obtener la acreditación de más alta calidad.

39. Muchos hospitales públicos han vivido de crisis en crisis por politiquería, corrupción y demoras en el recaudo de sus carteras. La politiquería puede disminuir con lo propuesto por el proyecto de vincular su recurso humano misional con contrato de trabajo indefinido, que evitaría la movilidad de temporales de acuerdo con la dirección política. Habrá que considerar picos de necesidades y no eliminar la posibilidad de que la organización de trabajadores, mediante contrato sindical o semejante, realice labores de tercerización o incluso misionales.



40. Hospitales de regiones remotas o de población dispersa, reciben presupuestos oficiales sin que deban corresponder a facturas por servicios prestados, se haría un gran daño si esta práctica excepcional fuera generalizada porque estimularía el derroche.

41. Colombia cuenta con excelentes Fundaciones Hospitalarias, muchas de las cuales son un ejemplo en materia laboral. La experiencia de afugias por los pagos del Estado, es un mal precedente para este proyecto de Monopolio Estatal, que podría marchitarlos en un escenario gradual. Es de anotar que muchas de estas fundaciones son ejemplo en materia laboral.

42. El Proyecto puede convertir al Estado en el único empleador de la salud.

43. El artículo 61 del proyecto ordena el giro directo, sin excepciones, que es una vieja aspiración hospitalaria.

44. El Artículo 98 propone un plazo de 30 días, a partir de la aprobación de las facturas, para pagar el 80% de su valor. Esto que parece muy bueno puede afectarse con el transcurso del tiempo dado el contexto del articulado que puede llevar a la escasez de recursos y al ajuste a través de la reducción del Plan de Beneficios.

45. No olvidemos que antes de la ley 100 el gasto de bolsillo de los ciudadanos superaba el 55% y ahora el 16%, tendencia que puede revertirse a medida que el nuevo sistema se deteriore en el tiempo.

46. Un gran camino contra la corrupción y el desgredo ha sido la posibilidad de contratar la administración de hospitales públicos con Fundaciones Privadas (sin ánimo de lucro), de excelencia. Infortunadamente el artículo 148 del Proyecto elimina esta posibilidad.

47. No queda duda que las prestaciones económicas relativas a incapacidad e invalidez por enfermedad general, y a maternidad o paternidad, serán administradas y reconocidas por el monopolio público. No obstante que el Artículo 101 del Proyecto, radica en el Ministerio de Salud la competencia para definir el tema, la concordancia con el resto del articulado soporta nuestra conclusión.

48. Los regímenes especiales y expresamente el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, quedan excluidos del nuevo Régimen. No obstante que fui ponente de la ley que creó el Fondo del Magisterio durante los años 1987, 1988 y 1989, sobre su aplicación hay acusaciones severas de los maestros de base, que se quejan de casos de corrupción y politiquería. No me excluyo de la responsabilidad que tengo en alguna forma

como ex Presidente por las deficiencias en los servicios a integrantes de las Fuerzas Armadas, a los retirados y a las familias. Este Régimen, que continuará vigente, demanda un gran mejoramiento en varias regiones.

49. El artículo 51 del proyecto exige seguro de salud a los turistas y a los residentes temporales, que tenga garantía efectiva de recobro. No puede ignorarse el fenómeno de inmigrantes desplazados de países como Venezuela.

50. Las mejoras que necesita la salud colombiana, que en buena parte se describen en la motivación de este Proyecto Gubernamental, podrían verse frustradas por el Monopolio Estatal que consagraría su articulado.

51. Aprobar un Monopolio Estatal es dar un paso difícil de revertir. La ley 100 ha permitido ajustes, los monopolios estatales tienen una rigidez que los excluyen.

52. Cuba, una dictadura aplaudida por sus amigos y benignamente tratada por las democracias occidentales. Sobre la salud hay coincidencias importantes entre críticos y defensores del sistema. Debemos considerar que entre 1960 y la fecha Cuba ha doblado la población y Colombia la ha multiplicado por tres. Cuba no tiene dispersión poblacional, Colombia mucha. Hay serias divisiones sobre la evolución de la expectativa de vida y de otros indicadores. Unos aplauden y otros critican el sistema anterior al Castrismo. Existe consenso sobre los importantes logros en los primeros años de la revolución. Sobre la actualidad, tanto los nuevos 300 mil migrantes que han llegado a los Estados Unidos, como personas estudiosas del tema, coinciden en que hay una profunda crisis caracterizada por el deterioro de la infraestructura, un 32% de decrecimiento de la infraestructura entre 2008 y 2021 afirma el profesor Mesa Lago, emérito de la Universidad de Pittsburg. A lo anterior confluyen el decaimiento de la infraestructura que permanece, la falta de equipos y medicamentos, sobre lo cual el régimen acusa a los Estados Unidos, la reducción de calidad y el tráfico con el personal médico y de apoyo. De cada 10 personas que necesitan servicios de mediana y alta complejidad, solamente 2 los alcanzan. Determinantes sociales como los servicios públicos, reducen los horarios y la calidad. Médicos extranjeros que han ido a especialidades de ortopedia han salido frustrados porque tienen que hacer las prótesis con huesos de cadáveres de personas que fallecieron en edad adulta. El paraíso que le muestran a los visitantes es opuesto a lo que registra el pueblo cubano. El monopolio estatal comenzó bien y hoy es un total caos.

