

# Nueva reforma en el sector salud en Colombia: portarse bien para la salud financiera del sistema\*

*Mario Hernández Álvarez y Mauricio Torres-Tovar*

---

## Introducción

El sistema de salud de Colombia fue presentado como el de mejor desempeño en América Latina en el *Informe sobre la Salud en el Mundo* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2000 (1). Esta valoración, derivada de su proximidad con la propuesta del “pluralismo estructurado” que los mismos evaluadores habían impulsado en la década anterior (2), ha hecho que se presente como la panacea de los sistemas de salud en el mundo.

Nada más distante de la realidad. Se trata del mejor ejemplo de un modelo de aseguramiento privado de atención a la enfermedad, con mercado regulado y subsidio a la demanda para pobres, que ha mostrado la concentración de los recursos en los aseguradores, ha desarrollado inequidades profundas, ha abandonado la salud pública y ha mostrado escasos resultados en salud (3). El reciente ajuste, presentado como una nueva reforma, no apunta a resolver los problemas generados por la competencia regulada. Todo lo

contrario, consolida el esquema de lucro para el conjunto de actores involucrados en el mercado del aseguramiento, en contra de la garantía del derecho a la salud para la población.

## El gran anuncio

La Ley 1438 del 19 de enero de 2011, “*Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*”, fue presentada como la anhelada “*solución estructural*” de los problemas del sistema creados a través de la Ley 100 de 1993. Se habló de nuevos recursos para la salud para lograr la cobertura universal del aseguramiento (800 millones de dólares anuales), “*portabilidad nacional*” del seguro, preferencia de los infantes y adolescentes, y mucha vigilancia y control para evitar que se pierdan recursos del sistema.

Desafortunadamente, y como pasa con frecuencia en Colombia, la desinformación ayuda a olvidar los problemas y a confiar sin preguntar. Pero los problemas siguen ahí y las soluciones no son tan halagadoras.

## Una ojeada a la historia

Para valorar esta norma, no sobra una mirada hacia atrás. El sistema de salud en Colombia ha sido objeto de muchas discusiones desde su reorganización con la Ley 100 de 1993. Se debatió largamente sobre la necesidad de reformarlo en las legislaturas de 2004, 2005 y 2006, hasta producir la Ley 1122 de 2007, de la cual se dijo que, si bien no era la solución, contribuiría a superar los principales problemas.

---

\* Una versión preliminar fue publicada en la revista virtual *Razón pública.com*, lunes 31 de enero de 2011.

**Mario Hernández Álvarez.** Médico, especialista en bioética; magíster y doctor en historia; profesor asociado del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá; miembro de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social de Colombia.

Correo-e: [mehernandez@unal.edu.co](mailto:mehernandez@unal.edu.co)

**Mauricio Torres-Tovar.** Médico, especialista en salud ocupacional; candidato a Magíster en Estudios Políticos; miembro del Consejo Consultivo de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social de Colombia. Correo-e: [maot99@yahoo.es](mailto:maot99@yahoo.es)

En 2009, con el argumento de una crisis financiera acumulada que desbordó la copa, el gobierno de Álvaro Uribe acudió a la figura de la “*Emergencia Social*” para poner en cintura a algunos agentes, en especial a los pacientes costosos y a los médicos que formulaban servicios y medicamentos por fuera del paquete establecido (4).

La Corte Constitucional declaró inconstitucional esa medida, porque se trataba de problemas estructurales, no sobrevinientes, que deberían resolverse en el seno del Congreso de la República, con una nueva ley.

Antes de terminar el gobierno Uribe, el Congreso aprobó el aumento de impuestos a la cerveza, los licores, los cigarrillos y juegos de azar, del tradicional “*Estado cantinero*”, para superar parcialmente la crisis. Esta fue la Ley 1393 de 2010 que, además, ayudaría a financiar la unificación de los planes de beneficios ordenada por la Corte Constitucional en su Sentencia T-760 de 2008<sup>1</sup>.

### Tres iniciativas, una ley

El gobierno de Juan Manuel Santos ha tomado tres iniciativas legislativas que muestran con toda claridad sus intenciones: lograr la sostenibilidad financiera del sistema y, al mismo tiempo, tratar de cumplir con las órdenes de la Corte. Las iniciativas fueron:

1. Apoyar el proyecto de reforma constitucional que había presentado el anterior gobierno para hacer de la “*sostenibilidad fiscal*”, un “*derecho de todos*”, lo cual implica limitar el contenido de los derechos sociales a la disponibilidad de recursos fiscales, después de pagar la deuda pública y garantizar los recursos para la seguridad (5).

<sup>1</sup> A través de la Sentencia T-760 de 2008, la Corte Constitucional de Colombia estableció la salud como un derecho humano fundamental y autónomo, aspecto que no está consagrado en la Constitución Política colombiana. La Sentencia impuso un conjunto de órdenes al Gobierno Nacional para garantizar el aseguramiento universal e igualar los planes de beneficios entre los regímenes contributivo y subsidiado, entre otras cosas. A la fecha, la mayoría de órdenes no han sido cumplidas.

2. Un proyecto de ley estatutaria para el sector salud mediante el cual se defina, de una vez por todas, el contenido del “*núcleo esencial del derecho*” a la atención en salud; esto es, un plan de beneficios costo-efectivo o financieramente viable, para que los jueces de tutela<sup>2</sup> no sigan poniendo en riesgo financiero al sistema con su amplia concepción del derecho a la salud (6).
3. Una integración de los proyectos de ley para reformar el sistema que habían presentado varios parlamentarios de diferentes partidos, pero con la impronta de la sostenibilidad financiera del seguro como eje de las propuestas.

Contrario a lo que cabría esperar de la jerarquía normativa, las dos primeras iniciativas siguen su lento curso en el Congreso, mientras que la tercera, con el liderazgo decidido del ministro Santamaría<sup>3</sup> y el “*mensaje de urgencia*”, se convirtió en la nueva Ley 1438.

### Nada nuevo, más de lo mismo

¿Por qué puede decirse que esta Ley es más de lo mismo y no la anunciada reforma estructural? Fundamentalmente, porque conserva –como muchas veces lo expresó el ministro– la estructura del modelo de aseguramiento con competencia regulada. Es decir, la compleja combinación de Estado y mercado que estableció la Ley 100 de 1993, con dos regímenes, según la capacidad de pago de las personas.

Para ello, la nueva Ley trata de ajustar el supuesto mal comportamiento de todos los agentes para que contribuyan, con su “*uso racional de los recursos*”, a hacer de éste un negocio sostenible.

<sup>2</sup> La Tutela es el recurso jurídico que tienen los ciudadanos para solicitarle a un juez que proteja sus derechos fundamentales, conocido en otros países como Recurso de Amparo. El Gobierno Nacional y el gremio de las aseguradoras le atribuyen el problema financiero del Sistema a la aprobación de un gran número de tutelas por parte de los jueces a favor de los ciudadanos. Lo cierto es que un promedio de 80 mil tutelas en salud al año en Colombia es el reflejo de la violación sistemática al derecho a la salud.

<sup>3</sup> Es el actual Ministro de la Protección Social; en Colombia no existe Ministerio de la Salud.

Esto no significa ir a las causas estructurales del desajuste, sino apretar clavijas. Algo parecido a la Emergencia Social, pero ahora, en el seno del Congreso, donde se produjo una negociación desigual con cada actor.

Dependiendo de la fuerza económica, social o política del actor, hubo una dosis mayor de zanahoria o de garrote. Por ejemplo, otra vez se propuso prohibir la "*integración vertical*" de las Empresas Promotoras de Salud (EPS),<sup>4</sup> es decir, los negocios con sus propios proveedores, para evitar que los recursos pasen de un bolsillo al otro y así aumenten sus ganancias. Pero esta idea se retiró en el último momento y las EPS quedaron con el mismo tope de integración que había establecido la Ley 1122 de 2007 (30 por ciento).

Se conserva también la separación de los recursos de los dos regímenes, contributivo por cotización y subsidiado por impuestos. Si bien el ministro quería suspender la solidaridad de los cotizantes hacia los pobres, el debate produjo el frecuente resultado intermedio con la palabra "*hasta*". Así, el gobierno podrá usar "*hasta el 1.5%*" de los recursos de cotización para apoyar el régimen subsidiado, dependiendo de qué tan sostenible sea el contributivo.

### Unas mejoras dudosas

La portabilidad y la universalización son sólo promesas, en función de la sostenibilidad financiera del sistema. Claro que habrá más recursos, gracias al aumento de los impuestos a la venta de cerveza, licores, cigarrillos y juegos de azar de la Ley 1393 de 2010, más unos pocos de regalías, armas, municiones y explosivos. Pero los costos y sobrecostos de un mercado difícil de gobernar, a pesar de la promesa de regular precios de medicamentos y dispositivos médicos, harán que la sonora cifra de "*1,5 billones anuales*" (alrededor de 800 millones de dólares) siga siendo insuficiente.

La "*portabilidad nacional del derecho*", anunciada como una de las principales virtudes, sólo podrá exigirse después de junio de 2013, cuando las EPS y el Ministerio de la Protección Social lleguen a un

<sup>4</sup> Las EPS son las compañías aseguradoras en salud.

acuerdo sobre cómo podrá pagarse a los hospitales y clínicas sin el contrato previo entre la EPS del afiliado y la institución prestadora.

No será fácil, pues las EPS compiten entre ellas y en su negociación con los prestadores o en sus propias clínicas tratan de obtener el menor costo. Por su parte, los hospitales y clínicas quieren mejorar sus ingresos y esta renegociación será una buena oportunidad para obtenerlos. En medio de la competencia abierta: ¿Es posible construir acuerdos duraderos que garanticen la portabilidad del derecho?

La "*universalización del aseguramiento*" no es el resultado de una decisión política de garantizar el acceso real a los servicios que se requieren. Se trata de lograr la afiliación compulsiva al sistema, ahora desde el momento en que se requiera un servicio.

La intención –porque todavía falta mucho para ejecutar la nueva Ley– es la siguiente: cuando alguien enferme, una gran base de datos integrada, disponible en cualquier punto de atención del país, permitirá saber si está afiliado o no, sólo con el número de identidad.

Si está afiliado, comenzará el trámite correspondiente, según su plan de beneficios. La actualización de los planes se hará cada dos años, con criterios de "*costo-efectividad*", "*disponibilidad de recursos*" y "*equilibrio*" de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)<sup>5</sup> que se paga a las EPS. Pero la Ley no asume la unificación de los planes de los dos regímenes que ordenó la Corte. Por lo tanto, continuará la desigualdad injusta entre los dos regímenes.

### Más y más trámites

Si lo que la persona requiere no está en el Plan, tendrá que acudir al Comité Técnico Científico (CTC) de la misma EPS, compuesto sólo por médicos que tomarán la decisión de autorizar o no el servicio, con supuesta objetividad, aunque sean empleados de la EPS.

<sup>5</sup> La UPC es el pago anual que recibe una EPS por cada persona asegurada.

Si fallan en contra del paciente, éste tendrá que ir a otro grupo de médicos de la Superintendencia Nacional de Salud (SINS), llamado "*Junta Médica de Pares*". Y si tampoco encuentran justificación en la "*evidencia científica*" y la "*costo-efectividad*" de la atención, según las "*guías y protocolos*" del nuevo Instituto de Evaluación de Tecnologías Médicas (ITTM), la persona tendrá que acudir a la tutela.

Si, por fin, le autorizan el servicio, el Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA)<sup>6</sup> tendrá que pagar, igual que hoy. Pero, para evitar tanto trámite, es mejor que la persona compre un "*seguro voluntario de salud*" que le cubra lo que está por fuera del Plan. Éste es el otro frente de negocio de las EPS que será estimulado por el gobierno (7). Si la persona no tiene recursos, deberá someterse a los trámites y a la disponibilidad de recursos para el Régimen Subsidiado.

Si el paciente no está afiliado, la clínica u hospital deberá preguntarle si tiene o no capacidad de pago. Si no tiene, se le afiliará provisionalmente a una EPS del Régimen Subsidiado, que pagará la cuenta. Pero la EPS hará la comprobación de pobreza. Si encuentra que tiene capacidad de pago, obligará a la persona a cancelar la cuenta y a pagar la cotización para el Régimen Contributivo.

Por si acaso, la base nacional de datos se contrastará con la información sobre las propiedades, ingresos, retenciones y pago de impuestos, para hacer una estimación "*objetiva*" de la capacidad de pago del paciente y obligarlo a afiliarse a la EPS. Todo esto para garantizar más recursos para la salud financiera del sistema.

### **Cuidando los recursos**

La nueva Ley presenta una serie de procedimientos minuciosos de pago, de control del flujo de recursos y de resolución de conflictos entre los agentes que participan en este mercado regulado. Anuncia rigurosas medidas de vigilancia y control, con sanciones, multas y todo tipo de

mecanismos disuasivos, para impedir la apropiación indebida de los recursos.

Esto incluye el principio de corresponsabilidad y el "*deber de autocuidado*" de los usuarios hacia sí mismos, sus familias y sus comunidades y, en especial, el cuidado de sus hijos o ancianos con discapacidad o enfermedades raras. En apariencia, todos los agentes son iguales. También los usuarios. Y deben comportarse bien para que el sistema funcione. Se olvidan las enormes desigualdades de poder entre esos agentes y la vulnerabilidad de las personas cuando requieren ser atendidas.

### **Saludos a la tribuna**

Para atender las críticas de los salubristas, organizaciones de médicos y académicos, se incorporaron términos de moda en el sector, como la Atención Primaria en Salud (APS), que recuperó la OMS, la equidad en salud y los determinantes sociales de la salud, promovidos por la misma organización, así como la atención "*integral*", que muchos añoran, en especial, para las mujeres gestantes, los niños y niñas, las personas en condición de discapacidad, las mujeres víctimas de violencia, las personas con enfermedad mental y los adultos mayores.

Y, como siempre, estas aspiraciones explícitas pueden servir para ejercer presión y exigir que se cumplan. Pero el hecho de que aparezcan en la Ley no garantiza nada. Por el contrario, no será fácil desarrollar, por ejemplo, la prometida estrategia de APS, porque ésta requiere una organización territorial y jerarquizada de los servicios, de acuerdo con las necesidades de atención de las personas, con un buen sistema de información que permita coordinar la gestión de los sectores estatales con las comunidades para inducir cambios en las condiciones de vida que causan la enfermedad.

La Ley ordena todas estas cosas, pero las EPS compiten entre sí y no les interesa generar beneficios para sus competidores. Los agentes están más preocupados por seguir las facturas, que del cuidado a las personas. Debido a esta pugna por el lucro, no se ha desarrollado un verdadero sistema de información en salud. Los municipios y

<sup>6</sup> El FOSYGA es el fondo público al que llegan los recursos de los cotizantes del Régimen Contributivo.

departamentos tampoco tienen capacidad institucional suficiente para coordinar y hacer cumplir compromisos, ahora menos, cuando el Ministerio girará directamente los recursos del Régimen Subsidiado a las EPS.

### Más consumidores, menos ciudadanos

La nueva reforma sostiene la perspectiva iniciada con la Ley 100 de despojar de la condición de ciudadanos a los usuarios y establecerles una categoría de consumidores–clientes de los servicios de salud. Profundiza la perspectiva tecnocrática al sacar o disminuir la representación de usuarios en espacios de decisión y dejar las decisiones en manos de expertos, como en el caso de los mencionados CTC.

En tanto consumidores, deben comportarse de cierta manera, cuidar su salud, pagar a tiempo, no ocultar información, aportar según su capacidad de pago y hacer veeduría. Pero tienen menos posibilidades de participar en los espacios fundamentales donde se toman las decisiones importantes de las políticas nacionales de salud y las decisiones de las instituciones del sistema (8).

### Negociaciones a oscuras

En conclusión, asistimos a un nuevo episodio de negociaciones entre actores del sistema, fuerzas políticas y gobierno, con muy poca transparencia y con baja participación de los ciudadanos y ciudadanas que se verán afectados. Las EPS seguirán siendo los agentes dominantes, ampliando su negocio por la vía de los seguros voluntarios, y el Estado seguirá tratando de hacer que todos se porten bien, por la salud financiera del sistema. Pero es poco probable que haciendo más de lo mismo se resuelvan los problemas.

La sociedad colombiana no puede quedarse tranquila con las promesas. Es claro que este modelo de salud no es el conveniente para Colombia, ni para otros países. Es necesario

continuar el debate y, sobre todo, profundizarlo, aunque se haya presentado esta nueva Ley como la mejor solución.

### Referencias

- (1) Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo, 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS, 2000.
- (2) Hernández M. El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19 (1), enero-junio, 2001: 57-70.
- (3) Yepes F, Ramírez M, Sánchez LH, Ramírez ML, Jaramillo I. *Luces y sombras de reforma a la salud en Colombia. Ley 100 de 1993*. Bogotá: IDRC, Assalud, Facultad de Economía, Universidad del Rosario, 2010.
- (4) Hernández M. ¿Emergencia social o emergencia financiera? *UNPeriódico*, N° 130, domingo 14 de febrero de 2010: 15.
- (5) Proyecto de Acto Legislativo N° 016 de 2010, Cámara, "por el cual se establece el derecho a la sostenibilidad fiscal para alcanzar los fines del Estado Social de Derecho". Ver exposición de motivos.
- (6) Proyecto de Ley N° 186 de 2010, Senado, "Por el cual se regula parcialmente el derecho a la salud y a la igualdad en salud en los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los principios de prioridad en los afiliados, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, igualdad, solidaridad, equidad, universalidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad, progresividad, participación social, corresponsabilidad y transparencia en el acceso a los servicios de seguridad social en salud, así como el deber de procurar el cuidado integral de la salud". Ver exposición de motivos.
- (7) Torres M. Legislar para el negocio. Ahora "los planes voluntarios de salud". *Desde Abajo*, N° 164, diciembre de 2010: 2-3.
- (8) Torres M. ¿Y cómo va el tema de participación en la reforma de salud? *Participación Al Día*, N° 32, febrero de 2011:7

