

El gobierno Petro y la reforma a la salud



Por: Bernardo Useche

EDICIÓN 105 MAY-AGO 2022

Por: Bernardo Useche

En el programa de su candidatura presidencial, Gustavo Petro planteó una reforma estructural al sistema de salud, establecido en la Ley 100 de 1993: “En nuestro gobierno garantizaremos el derecho fundamental a la salud a través de un sistema único, público, universal, preventivo y predictivo, participativo, descentralizado e intercultural, que no dependa de la capacidad de pago, la rentabilidad económica ni de la intermediación administrativa y financiera”^[1]. Este artículo desarrolla la tesis de que, durante la presente administración, no habrá tal reforma estructural. El Gobierno implementará cambios importantes en lo que dependa del poder ejecutivo y en lo que logre acordar con las compañías aseguradoras (EPS), especialmente en lo relacionado con la Atención Primaria en Salud (APS) y en los servicios que pueden servir de puerta de entrada a los demás niveles de complejidad en la atención. Pero, en la ley de reforma que apruebe el Congreso de la República el año próximo, la bancada del Pacto Histórico votará por mantener, en su esencia, el actual sistema del negocio

asegurador con la salud de los colombianos. Un negocio que se fundamenta en maximizar la rentabilidad de la EPS mediante la gestión del riesgo financiero empresarial, gestión que realizan por medio de modelos y cálculos actuariales, tal como lo hace cualquier otra compañía aseguradora. Para la EPS, la gestión del riesgo financiero hace parte de lo que se denomina la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS)[\[2\]](#).

Las EPS en el centro del debate

El debate nacional se centra en si se deben eliminar las EPS, eje del sistema de aseguramiento. Al respecto, la ministra de Salud ha sostenido que las EPS no son aseguradoras, sino simples intermediarias financieras que se lucran de los recursos públicos. Una verdadera reforma estructural implicaría transformar el modelo de aseguramiento y derogar la Ley 100.

El presidente Petro y su ministra de Salud, la Dra. Carolina Corcho, desde el pasado 7 de agosto han hecho declaraciones que mantienen la expectativa sobre el interés del Gobierno en eliminar las EPS. Al mismo tiempo, al anunciarse que la reforma a la salud se tramitará el año próximo, mediante un proyecto de ley sobre cuyo contenido: “No hay decisiones tomadas ni articulado”, se creó un clima de incertidumbre (de pánico, según los grandes medios, y de ansiedad, según la propia ministra) en el cual, los distintos grupos de interés han venido fijando posiciones.

Presidente y ministra lanzaron su “Modelo Preventivo y Predictivo de Salud”, el pasado 3 de noviembre, en la población de Aracataca[\[3\]](#). Allí, Petro planteó que el sistema colombiano era “uno de los peores del mundo” y dejó entrever que la puesta en marcha de la estrategia de los Equipos Médicos Interdisciplinarios Territoriales (EMIT) era el primer paso de una gran reforma para transformarlo en un sistema donde la salud no fuera un asunto del mercado y del negocio. En el mismo sentido, anunció que las EPS, en su calidad de aseguradoras, podrían quedar relegadas a vender pólizas de salud a los estratos sociales de mayores ingresos.

Mientras tanto, la ministra recorre el país creando en la población un ambiente favorable al proyecto de ley, sin precisar su contenido y con el apoyo mayoritario de las asociaciones médicas que presentaron en diciembre del año pasado 14 propuestas de reforma realizables con la reglamentación de la Ley Estatutaria de Salud de 2015[\[4\]](#), las cuales fueron acogidas en su totalidad por la campaña del Pacto Histórico.

Los grandes medios de comunicación se han alineado abiertamente con la defensa de la Ley 100. Fernando Ruiz, quien, primero como viceministro de Alejandro Gaviria y luego como ministro de Salud del gobierno Duque, adelantó una gestión de ampliación y consolidación del sistema de salud vigente, lidera hoy la oposición radical a la reforma. Los gremios que agrupan las EPS del régimen contributivo (ACEMI) y del régimen subsidiado (Gestar Salud, de bajo perfil en años anteriores) se han lanzado al ruedo a defender sus intereses; llaman una y otra vez a “construir sobre lo construido” en salud; reclaman que no se ha concretado el diálogo anunciado por el Gobierno, y empiezan a proponer que es

posible conciliar lo hasta ahora conocido sobre el modelo de Atención Primaria en Salud como lo concibe el Gobierno, con la permanencia del aseguramiento y de las EPS[5].

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas privadas (ACHC) ha participado desde un primer momento en diálogos con el Ejecutivo, pero no está claro si mantendrán su posición, expresada por el Dr. Juan Carlos Giraldo: que las EPS deben evolucionar y convertirse exclusivamente en administradoras del plan de beneficios. En cuanto a las asociaciones de usuarios, unas apoyan al presidente, otras formulan reivindicaciones específicas y abogan porque queden incluidas en la reforma.

El aseguramiento es la esencia de la Ley 100

La Ley 100 de 1993 hizo parte de una oleada de reformas neoliberales a la salud, promovidas en todos los países por el Banco Mundial[6] en la década de los noventa[7]. Juan Luis Londoño, economista vinculado con el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), nombrado ministro de Salud por el presidente César Gaviria en 1992, sistematizó el nuevo modelo de salud[8]. En Colombia, el BID ha “acompañado” y financiado con sus préstamos la implementación de la reforma a través de los años[9], y la influencia de estas instituciones financieras en el marco jurídico, los aspectos técnicos y la implementación de la Ley 100 han sido notorias, especialmente durante los ministerios de Alejandro Gaviria y Fernando Ruiz.

Las reformas neoliberales introdujeron como eje central de los sistemas de salud la intermediación entre el fondo pagador y los prestadores de servicios, antes no existente, por parte de las compañías aseguradoras que en Colombia adoptaron la denominación de Entidades Promotoras de Salud (EPS). Dentro del principio de menos Estado y más economía de mercado, esas reformas debilitaron la rectoría de los sistemas de salud, introduciendo el concepto de gobernanza, a fin de garantizar la incidencia de las aseguradoras en la dirección del sistema. Colombia no fue la excepción[10], se limitaron las funciones del Ministerio de Salud y en los documentos de política pública se volvió norma incluir la intermediación de las aseguradoras o EPS.

La Ley 100 creó las EPS, “el componente más importante de todo el sistema” en palabras de Juan Luis Londoño. Les delegó la función de recaudadoras, administradoras de los recursos públicos, pagadoras a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y garantes del acceso a los servicios de salud.

La Ley 100, en su artículo 182, introdujo lo que se denominó Unidad de Pago por Capitación (UPC) que es el valor que se le reconoce a las EPS a manera de prima de aseguramiento por persona afiliada. La gestión del riesgo financiero en salud[11] es el mecanismo fundamental para garantizar que lo que reciba la EPS por afiliado sea mucho mayor a la que paga a los prestadores por consultas, hospitalizaciones y exámenes (*Medical Loss Ratio*). Una práctica común de las aseguradoras en salud para mantener una óptima tasa de rentabilidad es contar con las reglas “mordaza” (*gag rules*), mediante las cuales, al reducir el número de citas, exámenes y procedimientos que pueden ser

ordenados, termina por violar la autonomía médica. Un ejemplo clarísimo de estas medidas son las restricciones impuestas por la EPS Sanitas a su personal médico[12].

La Ley 100 estableció el Plan Obligatorio de Salud (POS) definido en términos de costo-efectividad, que es gestionado por las EPS con base en el riesgo financiero que calculen las aseguradoras. La ley estableció también dos regímenes de afiliación: contributivo y subsidiado, dependiendo, en su orden, de si los afiliados pueden cotizar al sistema o no pagar, y les asignó diferentes POS, es decir, se les prestan más o menos servicios de salud según su capacidad de pago. El que los planes no cubran la mayoría de los servicios abre el espacio para que las aseguradoras privadas vendan planes complementarios, de medicina prepagada y pólizas de seguro de salud. Al Estado, el mismo que en la ortodoxia neoliberal no debe intervenir, le correspondió asumir la responsabilidad de aumentar el presupuesto de salud para pagar el aseguramiento de la población más pobre.

En pocos años, las reformas neoliberales de América Latina, incluida la de Colombia, condujeron a serios problemas de eficiencia del sistema y a profundizar las inequidades en salud[13]. Esta realidad se traduce en enormes barreras de acceso a los servicios, en sufrimiento y mortalidad prevenible, lo cual es una realidad evidente en miles de acciones legales. Solo entre enero y noviembre 2021, la Corte Constitucional reportó haber recibido 88.133 tutelas por salud[14], muchas de ellas reclamando servicios incluidos en el POS.

Cambios en el marco de la Ley 100

En los casi 30 años de vigencia del sistema de aseguramiento, puede decirse que la Ley 100 ha tenido dos grandes etapas. La primera (1993-2011) se caracterizó por una apertura del mercado de la salud. Este proceso conllevó a la creación de decenas de EPS privadas, con capitales de distinto origen, ávidas de incursionar en el negocio de la intermediación de los servicios de salud. Fue un proceso de “capitalismo salvaje”, en el cual el capital financiero asegurador logró imponerse, alcanzando una cobertura de aproximadamente el 90% de la población a un precio muy alto: la extensión de la corrupción y el pésimo desempeño del sistema en la atención de la enfermedad. Ilustrativo de la primera situación fueron las denuncias y debates en el Congreso de la República sobre el “Cartel de las EPS” y Saludcoop. De la segunda, la normalización durante esos años del denominado “paseo de la muerte” y de las “muertes evitables”.

Este período terminó con la expedición de la Ley 1438 de 2011[15], que consolidó la Ley 100 e introdujo la hasta ese momento relegada Atención Primaria en Salud (APS), siguiendo los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) formulados en 2007[16], respecto de una APS “renovada” que se adapta a los intereses del aseguramiento.

La segunda etapa (2012-2022) se caracteriza por un proceso de redistribución del mercado del aseguramiento, en el cual, mediante la liquidación de la mayoría de las EPS conformadas en el periodo anterior, se sientan las bases para la concentración monopólica en unas pocas grandes aseguradoras.

En parte, producto de las mismas liquidaciones de las EPS que quiebran y no pagan las deudas pendientes con las IPS públicas y privadas, la cartera hospitalaria se ha incrementado durante este período a niveles críticos que revelan la profunda contradicción entre los intereses económicos de aseguradoras y prestadores de servicios.

Según la ACHC, a diciembre de 2021, “el valor total y real de la cartera por venta de servicios de salud (sin incluir el deterioro de cartera morosa por edades), para el conjunto de las 207 instituciones que reportaron información en el presente corte, es de doce billones setecientos cuarenta y nueve mil (más de \$ 12.7 billones de pesos) y una concentración de cartera en mora (mayor a 60 días) del 56,9 % (\$ 7.3 billones aproximados)”[\[17\]](#). Así mismo, siguiendo el patrón que se presenta actualmente en Estados Unidos, ha aumentado el número de clínicas y hospitales que son propiedad de las EPS y se ha dado un incremento sustancial de la inversión extranjera en EPS e IPS[\[18\]](#).

La pandemia causada por el coronavirus SARS-CoV-2 fue manejada por el ministro Ruiz sin apartarse un milímetro de la Ley 100, lo que impactó el programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible (PRASS) al tener las EPS que intermediar todo el proceso. Los resultados de las pruebas PCR para cumplir su objetivo de prevenir nuevas transmisiones del virus y evitar mayor número de hospitalizaciones debían entregarse en un término de dos días, plazo que no se cumplió. A su vez, la compra de vacunas y la implementación misma del Plan Nacional de Vacunación estuvieron supeditadas a la aceptación de la totalidad de las condiciones de Pfizer y demás transnacionales farmacéuticas que las vendieron.

Los congresistas que respaldaban el sistema de salud vigente radicaron el 20 de julio de 2020 el proyecto de ley 010 de reforma de la salud, cuyo articulado respondía a los intereses en esta etapa de aseguradoras e inversionistas en la “industria” de la salud[\[19\]](#). Derrotado por el movimiento social en las calles, el proyecto fue votado negativamente en el congreso.

Petro: reforma estructural o ajustes al sistema de aseguramiento

Al inicio de este artículo se transcribió un párrafo del programa de salud del entonces candidato Gustavo Petro. Allí se comprometió a establecer un nuevo sistema de salud estatizado, completamente público y gratuito y sin la intermediación de las EPS. En la práctica, una reforma estructural.

Las siguientes son algunas razones por las cuales es improbable que Petro pueda cumplir su compromiso de campaña:

La primera condición para realizar una reforma estructural en salud es tener, a nivel nacional, una correlación favorable de fuerzas políticas. En el plano internacional la evidencia abunda. El sistema de salud inglés (NHS) fue creado en 1948 sin intermediación financiera, gratuito al momento de prestar el servicio, financiado por impuestos, con cobertura universal desde “la cuna hasta la tumba”, ya que existió una conjunción de hechos, entre ellos los bombardeos inmisericordes

durante la guerra, que requirieron de atención en salud sin distingos de clase social e hicieron posible alianzas políticas y líderes que diseñaron y aprobaron el nuevo sistema. En Holanda, los reformadores neoliberales tuvieron que insistir 25 años (1981-2006) para hacer la reforma estructural de su interés. Obama, alguna vez partidario de MEDICARE for All”, al emprender la reforma de salud (Obamacare) no logró eliminar la intermediación de las aseguradoras, ni transformar de fondo el modelo de salud establecido desde los tiempos de Richard Nixon.

Las alianzas políticas de Petro con partidos, dirigentes y exministros de salud que aprobaron y han apoyado por tres décadas la Ley 100 hacen improbable que se apruebe una reforma estructural a la salud.

Los “acuerdos fundamentales” de las asociaciones médicas con las 14 propuestas que Petro hizo suyas tienen como objetivo “desarrollar completamente lo establecido en la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 y su reglamentación, así como vigilar y promover que se cumpla cada uno de sus artículos”. Este punto de vista no tiene en cuenta que la ley estatutaria del 2015, en su fase final de negociación, fue cooptada por el gobierno de Juan Manuel Santos. En ese sentido, es interesante ver que Alejandro Gaviria, firme defensor de las EPS, y Carolina Corcho, férrea partidaria de la eliminación de las mismas, ambos hoy ministros de Petro, coinciden en considerarse coautores de la ley estatutaria.

Esto solo es posible porque la ley estatutaria no cuestiona el sistema de aseguramiento que ha provocado la crisis de la salud en Colombia, es decir, el sistema mediante el cual las aseguradoras, llámense administradoras, promotoras o gestoras, desde la entrada en vigencia de la Ley 100, se apropian de un alto porcentaje de los recursos para la salud, asfixian a los prestadores y escatiman los tratamientos para aumentar su margen de ganancia[20].

Los gremios de las aseguradoras, en defensa del sistema actual, repiten su consigna de “construir sobre lo construido”. No dan el brazo a torcer en el predominio que ostentan en el actual sistema de salud. Antes que aceptar cambios de fondo, tienden puentes para integrar y armonizar el viejo sistema de salud con el modelo preventivo y predictivo puesto en marcha por Petro. Ese modelo preventivo, los Centros de Atención Primaria y las Redes Integrales e Integradas de Salud propuestas por Petro, tal como lo reconoce la ministra de Salud, están “amparados” por la Ley 1438 de 2011 y, por lo tanto, no implican un rompimiento con el sistema actual[21].

Los gremios de las EPS están abiertos a una integración entre el aseguramiento y el modelo preventivo de Petro. Respetables académicos proponen ajustes y no reformas. La teoría de los silos territoriales y poblacionales aparece como alternativa a una reforma estructural, por lo cual cabe preguntarse si es necesario reformar a fondo todo el sistema de salud para resolver un problema que no necesita una reforma a fondo, sino más bien un abordaje diferencial: uno para los municipios pequeños que agrupan el 30% de la población y que están fuera de los grandes centros urbanos, y otro para el resto del país que es esencialmente urbano. En el primer caso el enfoque de silos territoriales tiene mucho sentido y no debería haber silos poblacionales, mientras que, en el segundo, se debe mejorar la interfase entre el enfoque de silos territoriales y el de silos poblacionales[22].

A manera de conclusión

La de Petro no es la única visión sobre las transformaciones que necesita el sistema de salud. Los candidatos de centro, Sergio Fajardo y Jorge Robledo, plantearon en su momento regular las EPS y ponerlas en cintura, particularmente en el manejo de los recursos públicos, algo que nunca se ha intentado, en lugar de eliminarlas. Estos candidatos, derrotados por Petro y su programa de un sistema de salud “sin intermediación administrativa y financiera”, sustentaron su propuesta, por una parte, en el conocimiento de la gran debilidad administrativa de las entidades territoriales de salud, las cuales tendrían que asumir el rol de administración del plan de beneficios que hoy tienen las EPS; por otra parte, se basaron también en la prioridad de fortalecer la red pública hospitalaria, los hospitales y las clínicas de empresarios nacionales seriamente afectados por las deudas de las EPS y la competencia de las clínicas compradas o construidas por inversionistas extranjeros. Existe claridad en que si bien el sistema de aseguramiento de la Ley 100 logró afiliarse al 98% de la población colombiana, se está lejos de una atención oportuna y de calidad.

Finalmente, en el consenso para la reforma de salud que ha anunciado el gobierno Petro es imprescindible evitar que se cueilen “micos” con medidas que, antes de corregir, terminen por desarrollar la Ley 100 respondiendo a intereses monopólicos de las grandes EPS y de los capitales extranjeros que incursionan en el negocio de la salud en Colombia.

[1] <https://drive.google.com/file/d/1nEH9SKih-B4DO2rhjTZAKiBZit3FChmF/view>

[2] <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/gestion-integral-de-riesgo-en-salud.aspx>

[3] https://www.youtube.com/watch?v=utbVJle9-3g&ab_channel=MinSaludCol

[4] <https://anmdecolombia.org.co/acuerdos-fundamentales-de-los-aspectos-que-como-minimo-debera-contener-el-desarrollo-integral-de-la-ley-estatutaria-en-salud-1751-2015/>

[5] <https://acemi.org.co/coordinacion-sera-la-clave-para-el-buen-funcionamiento-del-modelo-preventivo-y-predictivo-presentado-por-el-gobierno%ef%bf%bc%ef%bf%bc/>

[6] <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976>

[7]

<https://www.bernardouseche.com/de-la-salud-publica-a-la-salud-privada-una-perspectiva-global-sobre-la-reforma-al-sistema-de-salud-en-colombia/>

[8]https://www.youtube.com/watch?v=Qs8qiBt4DY8&ab_channel=Organizaci%C3%B3nparaExcelenciaSalud

[9]
<https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Colombia-Sistema-general-de-seguridad-social-en-salud-Estrategia-del-BID-2011-2014.pdf>

[10]https://www.researchgate.net/publication/262843283_Rectoria_y_gobernanza_en_salud_publica_en_el_contexto_del_sistema_de_salud_colombiano_2012-2013

[11]
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-perspectiva-desde-aseguramiento.pdf>

[12]
<https://cambiocolombia.com/articulo/economia/eps-sanitas-esta-restringiendo-el-acceso-sus-especialistas>

[13] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15563995/>

[14]
<https://www.asuntoslegales.com.co/actualidad/la-corte-constitucional-recibio-436-000-tutelas-entre-enero-y-noviembre-de-2021-3297951#:~:text=La%20Corte%20Constitucional%2C%20a%20trav%C3%A9s,un%20total%20de%20436.031%20tutelas.>

[15]<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355#:~:text=Es%20obligaci%C3%B3n%20de%20la%20familia,su%20desarrollo%20arm%C3%B3nico%20e%20integral.>

[16]
https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primeria_Salud_Americas-OPS.pdf

[17]
<https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2022/07/ULTIMO-INFORME-CARTERA-A-DICIEMBRE-DE-2021-con-y-sin-deterioros-14-07-2022.pdf>

[18] <https://www.portafolio.co/negocios/empresas/unitedhealth-entra-al-mercado-colombiano-513815>

[19] <https://www.cedetrabajo.org/wp-content/uploads/2020/11/Articulo-Proyecto-010-2.pdf>

[20] <https://deslinde.co/pocas-pero-graves-novedades-en-la-ley-estatutaria-del-derecho-a-la-salud/>

[21] <https://mascolombia.com/modelo-preventivo-de-salud-el-diablo-esta-en-los-detalles/>

[22]
<https://www.ramonabel.com/blog/de-silos-poblacionales-a-silos-territoriales-qu-quiere-decir-esto-en-el-proyecto-de-reforma-a-la-salud>

[cien-dias-106-reforma-salud](#)