

BOLETIN 31

Reforma a la salud: Cómo lo afecta a usted

Desde el viernes pasado, cuando el gobierno de Uribe publicó los esperados decretos de reforma al sistema de salud, no se habla de otra cosa. Al fin y al cabo son reformas que tocan a los ciudadanos comunes y corrientes, no importa el régimen al que estén afiliados. No es exagerado afirmar que así como en Estados Unidos, desde la posesión de Barack Obama hace un año, el debate sobre la seguridad social se tomó la agenda política, en Colombia la controversia ha desplazado, al menos por ahora, todos los demás temas.

El paralelo va más lejos. En ambos países -pese a las enormes diferencias de tamaño y desarrollo- se plantean dilemas entre metas deseables pero imposibles de lograr al mismo tiempo. En particular, la disyuntiva entre la necesidad de ampliar la cobertura o aumentar la calidad del servicio. Hacer ambas cosas al tiempo requiere de mucho dinero, y con frecuencia hay que escoger entre las dos y por eso el asunto es complejo y tiene profundas repercusiones políticas. Falta ver si el paralelo entre Estados Unidos y Colombia se extiende a sus efectos políticos. Allá el presidente Obama ha sufrido una caída vertiginosa de su popularidad, que se atribuye en buena medida a la reforma de la salud. En Colombia, algunos congresistas de oposición han planteado hacerle un debate de moción de censura a la figura visible y cerebro principal de la reforma: el ministro de Protección Social, Diego Palacio.

Los 16 decretos que Palacio ha defendido 'a capa y espada' -que se resumen, en sus argumentos centrales, contienen decenas de detalles que apenas se están asimilando, pero también tienen una interpretación general, e incluso contienen también aspectos cuya definición está pendiente. Lo que queda claro es que desde hace tiempo se habían encendido voces de alarma sobre los problemas de financiación del sistema y si no se hacía nada la tendencia conducía a su quiebra. En consecuencia, hay medidas para aumentar los ingresos - los impuestos a la cerveza y otros alcoholes- y limitación de gastos. Esto último es lo más polémico porque implica, necesariamente, reducir servicios e incluso limitar los efectos de la tutela para quienes la utilizan para obligar a las EPS a prestar costosos servicios. Los decretos implican un recorte de las coberturas médicas de los planes obligatorios de salud (POS), el incremento de las barreras de acceso a los servicios especializados y las transferencias al usuario de ciertos costos asistenciales.

El debate tiene dos componentes. De una parte, si la fórmula adoptada es equilibrada o si hay sectores que concentran el mayor peso del ajuste. Y de otra, si lo que en la práctica es una gran reforma de la Ley 100 -de la que se había hablado desde hace muchos años pero que no se había podido realizar por razones políticas- se hizo por decreto. Es decir, por la puerta de atrás, sin un debate tan profundo como el que se ha dado en Estados Unidos durante un año, y sin una visión global coherente.

Los usuarios están inconformes. "No se sabe cuál será el futuro de la salud, no se ha pensado en el usuario, qué va a pasar con él", dice el presidente de la Asociación de Hospitales y Clínicas (ACHC), Juan Carlos Giraldo, y afirma que al priorizar la atención en salud de baja complejidad se restringirá aún más el acceso a los especialistas y limitará más la atención y los servicios. Según los críticos, el paciente difícilmente pasará del básico examen de medicina general porque para lograr una atención en mediana y alta complejidad la evaluación dependerá de una serie de variables que irán más allá de lo clínico, donde la relación

económica costo-beneficio entrará a jugar un papel protagónico en la decisión asistencial. "Un país atendido con solo medicina general ¿en qué queda?", se pregunta Giraldo.

El dirigente se refiere al aparte del Decreto 128 que establece cómo los servicios por fuera del Plan Obligatorio -llamados ahora 'prestaciones excepcionales'- tendrán que ser financiados por los usuarios, quienes serán sometidos a una verificación de ingresos y de patrimonio, incluso familiar, para demostrar su capacidad de pago.

Según la norma, las 'prestaciones excepcionales' son "aquellas atenciones que exceden los beneficios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud que requieren de manera extraordinaria las personas afiliadas". En términos gráficos, un paciente cuyo tratamiento requiera un medicamento o un procedimiento que esté por fuera del POS deberá asumir parte del costo, o la totalidad, de acuerdo con su nivel de ingreso y de capacidad de pago. La fórmula incluye el uso de cesantías y de las pensiones voluntarias.

Se trata de una medida que tiene tanto de largo como de ancho porque, además de condicionar la prestación de un servicio al tamaño de la billetera del afiliado -que en dado caso puede necesitar atención de mayor complejidad-, su aplicación dependerá de una información que será el gran cuello de botella para acceder a la salud de calidad. Quién y cómo se medirá la capacidad de pago, los ingresos, el patrimonio personal y familiar, es la pregunta del millón y hoy nadie sabe la respuesta.

Camino de piedras

Esas inquietudes se integran a las dudas planteadas por los diferentes actores del sector (pacientes, prestadores, intermediarios, médicos) frente a los reales alcances y limitaciones de la prestación de los servicios, en la medida en que aún no se sabe cuáles serán los servicios y medicamentos a los que tendrán derecho los colombianos en el nuevo POS. Vale recordar que por orden de la Corte Constitucional -Sentencia T-760- el Gobierno tiene que unificar los planes de beneficios del régimen subsidiado y contributivo para garantizar el acceso equitativo a la salud, que según palabras de Palacio entrará en vigencia el 31 de julio, justo una semana antes del fin de la administración de Uribe.

El ministro Diego Palacio sustenta su defensa en el argumento de que los decretos van a permitir que el sistema logre un equilibrio entre cobertura y financiación. En ese sentido ha asegurado insistentemente que por esta vía la unificación del subsidiado y contributivo ofrecerá un plan básico que no será menor al que actualmente tienen derecho los colombianos. Es decir, los afiliados no perderán.

Pero ese es precisamente el argumento que contradicen los críticos. La senadora liberal Cecilia López dice que en términos económicos solo es posible nivelar los planes de beneficios por lo bajo y no por arriba. Para ella, no es posible desde ningún punto de vista que el usuario, especialmente el de la clase media, deba pagar con sus ahorros por una responsabilidad que es exclusiva del Estado. Esa sospecha la han planteado también Juan Carlos Giraldo -de la ACHC-, Rodrigo Córdoba -presidente electo de las sociedades científicas- y el investigador de la Universidad Javeriana Fernando Ruiz. "El año pasado los ministros de Hacienda y de Protección dijeron que para cumplir con la sentencia de la Corte eran necesarios 6 billones de pesos, y el Gobierno no los tenía. Hoy, con los recursos que se pretenden recoger a través de los decretos, la cifra no alcanza", explica Giraldo.

Es normal que cuando se hace un ajuste las quejas provengan de los usuarios, y las exaltaciones, de quienes administran el servicio. Estos últimos consideran que las medidas

adoptadas tendrán un impacto favorable en términos financieros y también en el mejoramiento de la atención y calidad de los servicios. El ex ministro de Salud Augusto Galán Sarmiento ha asegurado que tal como se concibieron los decretos se va a dar un respaldo estructural al modelo actual. Galán ha manifestado que mejorar el flujo de recursos del sector e incrementar su monto, hacer partícipe al afiliado a través del mecanismo de cofinanciación de los servicios -que permitirán un acceso racional a ciertas prestaciones excepcionales- y la autorregulación de los médicos son respuesta a la necesidad de sostenibilidad del sistema.

Una necesidad que Juan Manuel Díazgranados, presidente de la Acemi -gremio que reúne a las EPS del contributivo-, ha advertido que debe ser considerada en su extensión, toda vez que esa disponibilidad de dinero tiene que responder a unas necesidades básicas, donde la priorización de servicios y beneficios juega un papel fundamental para la sostenibilidad. Según él, las medidas eran necesarias y, en general, están bien orientadas.

Punto de vista con el que coincide Luis Carlos Villegas, presidente de la ANDI, al celebrar que la mayoría de los conceptos que enmarcan los decretos (fijar límites al POS y al 'no POS' y buscar recursos en las prestaciones extraordinarias, nuevos impuestos o liberación de recursos, por ejemplo) fueron planteados en la asamblea de su gremio el año pasado. "La prioridad es la sostenibilidad del sistema de salud y eso es lo que hay que proteger. Ya hay unas medidas que inyectarán 4 billones al sector y que, sin lugar a dudas, van a evitar el colapso", asegura.

Como quiera que sea, la polémica está encendida y solo se extinguirá cuando el Ministerio de la Protección Social establezca con absoluta claridad cuáles serán los alcances del nuevo plan básico de salud al que tendrán derecho los colombianos, qué servicios y medicamentos estarán incluidos y cuáles excluidos, y si la nivelación reducirá los derechos adquiridos por los contributivos, como se ha denunciado en diferentes escenarios.

Por ahora, la tarea prioritaria del Gobierno será responder al requerimiento de la Corte Constitucional, que le exige explicar al detalle cuáles fueron los argumentos del estado de excepción para declarar la emergencia social y posterior expedición de los decretos. Así mismo, antes del viernes próximo Palacio deberá entregar a este tribunal los documentos y soportes estadísticos que justifiquen las medidas expedidas por el Ministerio. La Corte definirá si las medidas adoptadas se ajustan a la Constitución y si las 'reformas por decreto' se debieron tomar a través del Congreso de la República.

El camino será largo. Es positivo que se le haya metido el diente a un asunto espinoso y políticamente sensible, más aún en plena campaña. La omisión ya se había convertido en una bomba de tiempo que iba a explotar y se necesitaba ajustar el cinturón o aumentar los ingresos. La reforma contiene decisiones en ambos sentidos, pero no se puede descartar la hipótesis de que el gran 'paganini' será el ciudadano común. Y en particular, los 18 millones de afiliados al régimen contributivo que serán tratados como los 24 millones que hacen parte del régimen subsidiado.

Desbalance entre contributivos y subsidiados

Para garantizar el acceso universal a la salud, la Ley 100 de 1993 definió dos regímenes: el subsidiado, en el que estaría la población desempleada, y el contributivo, al que pertenecerían las personas con trabajo y capacidad de aporte. De acuerdo con la norma, esos aportes se destinarían para contribuir al sostenimiento del sistema, de modo que el desvalido también pudiera tener asegurada su atención en salud. Según las proyecciones de entonces, se esperaba que en el futuro subsiguiente las dos terceras partes de la población tendrían empleo, y en consecuencia la obligación de aportar. Con esos recursos, el sostenimiento del

sistema estaba asegurado, inclusive para subsidiar al resto de usuarios. Pero los cálculos fallaron, la evolución del empleo no fue la esperada, las metas de ocupación decrecieron y los aportes no llegaron en la proporción proyectada. Hoy, la situación del sistema en relación con los aportes es inversa al sueño del legislador de 1993: los contributivos son la minoría frente a cada vez mayor número de nuevos afiliados al régimen subsidiado.



PENSIONES
COLOMBIA