

## **EL PROYECTO DE LEY 010 DE 2020**

# **CONTRA EL PAÍS, LOS TRABAJADORES DE LA SALUD Y LOS COLOMBIANOS.**

El proyecto de Ley 010 de 2020, para cuya aceleración ya envió el Gobierno Duque mensaje de urgencia, trae una serie de reformas al sistema de Seguridad social en Salud, que aunque supuestamente significan un desarrollo de la Ley Estatutaria de este Derecho Fundamental, realmente perfeccionan el negocio del aseguramiento en contra del país, los trabajadores de la salud y el pueblo colombiano.

## **LA DEPURACIÓN PARA EL CAPITAL EXTRANJERO**

El aspecto más relevante de la reforma es el de que ordena una depuración de las desacreditadas EPS, a realizar en el término de un año, supeditando la habilitación de las mismas, según normas preexistentes, a unos mínimos de patrimonio, en proporción al número de afiliados y a la constitución de reservas técnicas para responder por las deudas<sup>1</sup>. Las pocas que superen el examen se llamarán en adelante Aseguradoras de Salud, AS, pero seguirán manejando el negocio según el modelo de la Ley 100 de 1993<sup>2</sup>.

Esta política tiene, entre otros los siguientes precedentes:

- 1) Durante los 27 años de vigencia del modelo, ha aumentado la inversión extranjera en el negocio de la salud, mediante la compra de acciones y consagración de alianzas con EPS existentes, así como en la adquisición de numerosas clínicas colombianas<sup>3</sup>. Otros inversionistas han comprado o instalado clínicas, laboratorios y empresas tecnológicas

---

<sup>1</sup> Artículo 17. Concordancias artículos 10, 15, 16,17, 20,22,23

<sup>2</sup> La Ley 45 de 1990, de reforma Financiera, redujo el numero de bancos de centenares a 66 en la actualidad, con la anotación de que muchos son propiedad de un grupo empresarial, como AVAL.

<sup>3</sup> Han llegado emporios financieros como Black Stone (Coosalud EPS); British United Provident (Sanitas); United Health Group (Colmédica y Aliansalud EPS), Cristhus Health (Coomeva EPS); la alemana Fresenius Medical Care (grupo español QuirionSalud, que ha adquirido clínicas); Falck, empresa danesa que maneja Emi (servicio de ambulancias); Femsa, (Grupo de farmacias Cruz Verde.

relacionadas con la salud. Los principales inversionistas proceden de Estados Unidos, Francia y España.

- 2) Paralelamente, algunas las EPS han desarrollado la llamada integración vertical, esto es, han conformado grupos empresariales con sus propias clínicas, laboratorios y proveedores, a las cuales derivan pacientes y dineros, en abierta competencia desleal con la red pública hospitalaria y las IPS privadas.
- 3) El número de aseguradoras, ora llamadas administradoras, ora EPS, que en principio era de centenares ha disminuido dramáticamente, a doce del régimen contributivo y 27 del régimen subsidiado, precedido del marchitamiento inducido de las EPS públicas, lo cual se ha acompañado con el traslado masivo de aportantes a las EPS privadas, y los escándalos de corrupción, el más sonado el de la saga Saludcoop, Cafesalud y Medimas.

Sobre estos hechos, la OCDE, cuya predica es que “Las inversiones extranjeras directas (IED) forman parte de sistemas económicos internacionales abiertos y eficaces, siendo un catalizador importante del desarrollo.” (Inversiones extranjeras directas en desarrollo: un máximo de beneficios por un costo mínimo. PDF) y que tiene un poder de condicionamiento más allá del propio de un club de buenas prácticas, conceptuó que habiendo sido aceptada la afiliación de Colombia, era necesario que las compañías aseguradoras en el sistema de salud, se convirtieran en compradoras efectivas y eficientes de los servicios de salud, a la par que se debía instaurar una gestión del desempeño y una rendición de cuentas más sólidas<sup>4</sup>.

En síntesis, los de arriba calculan que están dadas las condiciones para que la salud, convertida en área de negocios, se concentre en pocas manos y para que estas manos sean foráneas.

---

<sup>4</sup> <https://www.acemi.org.co/index.php/acemi-defecto/19-publicaciones/newsletter-acemi/730-un-inicio-de-ano-movido-en-temas-normativos-para-el-sector-salud-17>

## **TERRITORIALIZACIÓN POTENCIAR EL MONOPOLIO**

El proyecto radicado por el vargasllerismo y respaldado por 86 congresistas de la coalición duquista, consagra el principio de la “territorialización”, esto es que las prestaciones, redes, aseguramiento y prevención, se adecuará a áreas geográficas, según semejanzas de clima, cultura y enfermedades endémicas<sup>5</sup>.

Esto, que en principio parece racional, debe verse en el escenario de que sólo queden entre 6 y 12 Aseguradoras de Salud, cantidades que han mencionado como aspiración los últimos tres ministros de salud.

Se exige que la Aseguradora de Salud que llegue a un Área Territorial de Salud, deberá garantizar la capacidad institucional para atender los riesgos individuales en salud (Individual, colectiva y laboral) y la cobertura de servicios.

Se deduce fácilmente que la tendencia será que, salvo las áreas que abarquen Medellín, Cali, Barranquilla y Bogotá, en cada división habrá una o a los sumo dos AS que controlarán el aseguramiento. En otras palabras, el monopolio al que conduce la depuración de EPS, será potenciado en las Áreas Territoriales de Salud.

Cuando el mercado de un renglón de la economía es controlado por pocas empresas, aparecen las peores características del monopolio, en especial la de manejar los precios tanto de venta como de compra. En nuestro sistema de salud ya son evidentes, entre otros, los siguientes fenómenos: 1) La llamada integración vertical, en la cual, como grupo económico y mediante sociedades subsidiarias, montan clínicas, laboratorios, centros de terapia, empresas de ambulancias, controlando el negocio a favor del inversionista. 2) La remisión acomodada de los pacientes, según el interés del grupo financiero, sometiendo al paciente a largos viajes y demoras, aun cuando cerca a su lugar de residencia existan prestadores que puedan resolver el tratamiento o procedimiento. 3) La conciliación leonina de deudas con las

---

<sup>5</sup> Artículo 23 en concordancia con los artículos 4, 8, 10, 11, 12, 23,

IPS, las cuales cuando llegan a estados de iliquidez, para pagar salarios, proveedores y servicios públicos, pactan cifras por montos muy inferiores a la deuda real, dejando como saldo una pérdida neta de recursos. 4) La limitación de tratamientos, entre los cuales ha sido noticia el recurrente pico y cédula para procedimientos y medicamentos para el cáncer. 5) La lista negra de IPS, en la que suspenden la remisión de pacientes a aquellos prestadores que acompañan a sus pacientes en el reclamo de autorizaciones y presentación de tutelas.

Con la territorialización, tanto IPS como pacientes, quedan sometidos al capricho de las pocas AS reinantes en cada área.

## **El aniquilamiento de la Red pública Hospitalaria**

En el Capítulo VI del Proyecto se encuentra una política que, en las condiciones actuales de la red pública hospitalaria, desembocará en la liquidación de por lo menos la mitad de centros de atención.

Los Hospitales Públicos serán evaluados en el cumplimiento de unos requisitos mínimos eminentemente financieros, que determinarán su supervivencia, entre ellos, un presupuesto acorde con los ingresos, costos, gastos, recaudo, cartera e inversiones, y su adecuación a las condiciones del mercado. Para continuar funcionando se les exige integrarse a redes con otras entidades públicas o privadas, y, otra vez, adecuarse a las necesidades del mercado, es decir, a la demanda.

Como alternativas se les da la de reestructurarse, fusionarse (en la práctica pasar a ser una dependencia de otros Hospital) o buscar otros mecanismos para “alcanzar la viabilidad financiera y de servicios”. También se proponen como salida las Alianzas Público Privadas.

De lo primero, ha rato que las crisis recurrentes de la mayoría de hospitales públicos, fundamentalmente por el impago y la morosidad de las deudas de las EPS, ha dado lugar a estos procedimientos, en las que se suprimen

servicios y recortan personal. De los segundo, son muestras el Hospital de Caldas de Manizales y el Hospital de San Andrés Islas, del cuales sobrevive un cascarón jurídico que arrienda la valiosa infraestructura a los privados, así como muchos hospitales cuyo interior parece un centro comercial, pues en cada puerta está el aviso de una empresa distinta.

Es de esperar que en esta etapa, bajo las condiciones mencionadas atrás, a las que se suma la crisis de facturación durante la pandemia, lo que viene es la apropiación de la infraestructura por parte de empresarios privados. Igualmente, que sobrevendrá una masacre laboral de proporciones mayúsculas, que dejará cesantes a centenares de miles de trabajadores de la salud sometidos a los vaivenes del flexibilizado mercado laboral, en un país de alto desempleo crónico.

## **UN FILTRO PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD.**

También trae el proyecto una propuesta de atención con “enfoque familiar y comunitario”, como puerta de ingreso al sistema de salud, a la que la Asociación de Especialistas en medicina Familiar sometió a crítica, señalando que se desconoce la especialidad , pues será encabezada por médicos generales con un horas de inducción y que, bajo el lema de capacidad resolutive, apunta a montar un retén que limite la entrada a los niveles superiores de atención, que se fundamente en la necesidad de frenar el supuesto abuso de los servicios de alta complejidad.

## **VIENEN POR LOS RECURSOS DE LOS “REGÍMENES ESPECIALES”**

El proyecto trae otra novedad, cual es la inclusión de los “regímenes excepcionales” en el Sistema General de seguridad Social en salud<sup>6</sup>. Obviamente se refiere al Sistema de Salud que rige convencionalmente entre la USO y Ecopetrol, y al sistema de los docentes oficiales, en el marco de del Fonda Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

Son Sistemas, con rango jurídico igual al de la Ley 100, porque sus recursos no se basan en los aportes de los afiliados, abarcan otras prestaciones sociales y laborales, cuenta con unas instancias de dirección distinta a las EPS y su cobertura familiar y de beneficios es mucho más amplia.

Al respecto autoriza la movilidad de afiliados entre estos “regímenes excepcionales” y el régimen de Ley 100. Como evidente distractor, reza que mantendrán su plan de beneficios.

Lo cierto es que al limitar la excepcionalidad al plan de beneficios, dejan la puerta abierta para imponerles las regulaciones administrativas y financieras del sistema imperante. En principio ya viene como límite universal que los gastos de administración no podrán superar el 8%.

Es de esperar que a semejanza de lo que se hizo en su momento con el ISS y otros entes estatales, sobrevenga una campaña de marchitamiento y de desprestigio, a la par que a sus afiliados se les ofrece el oro y el moro, para atraerlos, tal cual hicieron los hoy decepcionantes Fondos Privados de Pensiones.

El fondo del asunto es que al capital especulador “se le cae la baba” por los ingentes recursos que manejan. Además, el sistema de Ecopetrol constituye un mal ejemplo, dado que se acerca a lo que debiera regir en Colombia. Vendrán por ellos paulatina, pero inexorablemente.

## **CONCLUSIONES**

---

<sup>6</sup> Artículos 6, 18 parágrafos 1 y 2.

El modelo de aseguramiento, calcado del modelo de Estados Unidos, sigue imperando, pero bajo altas condiciones de monopolio, reforzado con la territorialización y la llamada integración vertical, y la salud convertida área de negocios de la inversión extranjera.

La red pública Hospitalaria, ya con graves desajustes financieros, queda condenada a un proceso masivo de liquidación y subordinación a las APP, con el consiguiente despido de centenares de miles de trabajadores.

Crea un filtro para desestimular el acceso de los pacientes a los altos niveles de complejidad.

Amenaza la existencia de los sistemas de seguridad social de Ecopetrol y del magisterio oficial, cuyos significativos recursos atraen al capital financiero.

Por las razones expuestas, rechazamos este proyecto que es todo lo contrario a lo que necesita Colombia para atender la salud de los colombianos.