

Imprimir

La política pública de salud del gobierno del Presidente Iván Duque, fue definida en el Plan de Desarrollo, ley 1955 de 2019 (Art 237 y 238), en donde un conjunto de artículos corresponden al denominado acuerdo de punto final, que tiene como objetivo saldar las deudas del sector salud. No obstante, se definió que con cargo a deuda pública y emisión de bonos del tesoro público que asumiremos los colombianos, se pagarán las deudas que corresponden al No POS, por una suma de 5.2 billones del régimen contributivo y 1.5 billones del régimen subsidiado. Además de 514 mil millones de las deudas de Caprecom (1). Sumado a diversas medidas para fortalecer a las EPS.

De esto se derivaron tres decisiones que está desarrollado el gobierno nacional, en este escrito, abordaremos la primera, que son las resoluciones 205 y 206 de 2020, en los cuales se fijaron los techos máximos para que las EPS garanticen la atención integral de los afiliados, esto es, entregar recursos de la salud de manera anticipada con cargo al No POS, es decir, el conjunto de tecnologías y medicamentos que no se encuentran en el listado del plan de beneficios. La cifra anticipada que se entregarán a las EPS, se hará con base al histórico de los recobros que han tenido las EPS en los últimos años.

Esto resulta preocupante, en cuanto es sabido que la Contraloría General de la República, ha advertido en distintos momentos, en 2011 se hizo apertura de investigación a las EPS afiliadas a ACEMI, la causa fue el desfaldo del fosalga por recobro de medicamentos con sobrecostos, vía cartelización, en donde acordaban negar servicios, muchos de ellos incluidos en el POS, para recobrarlos al fondo Estatal. Estas prácticas no han cesado, en ese sentido recientemente la Contraloría abrió investigación por presuntos recobros fraudulentos al fondo ADRES 18 mil millones de pesos (\$17.986), por un medicamento de alto costo denominado vimizin, que se paga sin que hubiera soportes de que hubiera sido aplicado a los pacientes(2).

Esto sumado a las recientes declaraciones del Contralor de la República en donde cuestiona la idoneidad del fondo ADRES para ejercer debidamente las auditorias y tener un sistema de información cualificado para hacer estos pagos. Razón por la cual, en total la Contraloría

investiga pagos sin justificación por parte del ADRES, por un valor de 1,4 billones de pesos (3). Sobre esta opacidad y oscurantismo en el manejo de los recursos públicos de la salud, es que el Ministerio de Salud va a calcular el pago anticipado de estas platas a las EPS, entidades que por demás están cuestionadas por la Superintendencia de Salud porque solo 9 de estas cumplen con condiciones de solvencia financiera para el manejo de los recursos públicos de la salud, bajo criterios de laxitud definidos por los gobiernos. Dicho de otra manera, se van a entregar más recursos de manera anticipada, a entidades cuestionadas por defraudación al Estado en los recobros del No Pos, que no han garantizado el derecho a la salud de los colombianos.

La resolución que permite esto, se expide además desconociendo la ley estatutaria de salud 1751 y la Sentencia C-313, que constituye la obligatoriedad de que cualquier medida de política pública debe ajustarse a la ley y la Constitución. La ley estatutaria estipuló un nuevo sistema de salud basado en exclusiones, es decir todos los servicios y tecnologías que requiera el paciente, deben ser pagados por el sistema, menos aquellas que respondan a unos criterios de exclusión (lo cosmético y suntuario, lo que no tenga evidencia científica, lo que pueda ser prestado en Colombia y se encuentre en el exterior), estas exclusiones están subordinadas a la autonomía médica. Esto supone que se acaban el POS y el No POS, todos los tratamientos deben ser pagados por la UPC, teniendo esta que ajustarse. Dicho sea de paso, que se desconoce cuales han sido los criterios y sistemas de información para el cálculo de la UPC anual, es sabido que esto se hace con información amañada que presentan las EPS. El anterior gobierno, para eludir el mandato legal de la ley estatutaria y su sentencia interpretativa, en el sentido de que se debe acabar el POS y el No POS, de manera astuta, les cambió el nombre por PBS y No PBS, tecnologías y tratamientos con cargo a la UPC y sin cargo a la UPC, esto es a todas luces una burla a la Constitución y a la ley. Lo que se augura con esta resolución es otro desfaldo más para el sistema, dada la opacidad y cimientos oscurantistas en los que se ampara la misma.

Expectativas con la nueva designación en la cartera de salud

En este contexto de política pública se presenta el nombramiento del nuevo Ministro de

Salud, el Médico Salubrista Fernando Ruiz, en un acuerdo del reacomodo del gobierno que incluyó a Cambio Radical, con una nueva coalición que le garantice las mayorías en el Congreso de la República, el Ministro que es un hombre que profundo conocimiento del sistema, conocedor de las medidas adoptadas por el anterior gobierno de Juan Manuel Santos, en tanto fue el Viceministro de Alejandro Gaviria, deberá dar continuidad a las medidas aprobadas por el Gobierno de Iván Duque en el Plan de Desarrollo 2018-2022. No se observa que vaya a haber un cuestionamiento a estas regresivas medidas adoptadas por el Gobierno. Lo que uno lee es el esfuerzo por mantener el sistema de intermediación financiera de las EPS realizando algunos arreglos institucionales, con apariencia de avances en la atención de la población, veamos.

El pasado 16 de febrero el Ministro designado, dio una entrevista en el periódico El Tiempo, en la que expresó la bandera central de su gestión, que tendría que ver con la instauración del programa de medicina familiar, que pueda garantizar la atención de este grupo en su territorio o ámbito de la vida cotidiana, por supuesto que este programa va en el sentido correcto, por fin se reconoce la importancia de la atención primaria en salud y los dispositivos comunitarios de atención en salud que desmontó la ley 100 de 1993. Pero existe un problema para su implementación, mientras se mantenga el sistema de aseguramiento individual de las EPS, que a sangre y fuego osan defender estos gobiernos, el programa de medicina familiar es inviable. Es decir, el fundamento de esta política es la el acceso de la familia a un centro de salud para que puedan ser atendidos, el lio es que por la fragmentación que es consustancial al sistema de intermediación de las EPS, los miembros de una familia pueden estar afiliados a varias EPS y estas le definen a cada uno cuales es el centro hospitalario o prestador de servicios que lo debe atender, de acuerdo a los intereses comerciales de las EPS en la contratación, y no a la distribución geográfica, poblacional y epidemiológica. Este detalle ha hecho que 26 años de la ley 100 haya sido imposible montar este tipo de dispositivos de atención primaria, más allá de documentos retóricos que reposan en el Ministerio de Salud, sin que sean implementables en el territorio.

Luego, la propuesta del Ministro, que fue el eje central del programa de Germán Vargas Lleras en las pasadas elecciones presidenciales, para que sea implementada, requiere una

reforma estructural al sistema de salud en donde el Estado y el ente territorial asuman la rectoría de la salud pública y la prestación de servicios de salud, sin esto, la propuesta es retórica. El último intento que se hizo por corregir este problema, sin que esto pasara por una reforma en el Congreso de la República, fue con la expedición del Modelo de Atención Integral MIAS, como desarrollo de la política integral de atención en salud Res 429 de 2016, que fue una concesión que le hizo el Congreso de la República en el Plan de Desarrollo del Gobierno de Juan Manuel Santos al Ministerio de Salud, para que este intentara reformar vía acto administrativo del ejecutivo, lo que tenía que hacer el Congreso con una reforma estructural a la salud. Me detengo en esta política, en tanto el actual Ministro fue el arquitecto de la misma, y esta connota su visión sobre el sistema.

El MIAS hace una descripción de la crisis de la salud en Colombia impecable, en donde se admite el fracaso de las EPS en tanto la territorialización de la atención, es por esto que el centro de la propuesta es territorializar las EPS, asignándole un poder paralelo al ente territorial, y por esta vía resolver el problema de la atención y las intervenciones colectivas. El piloto de este modelo se hizo en el Guainia, y se evaluó por la consultora por encargo de Planeación Nacional, que publicó un informe en julio de 2017, que fue montado en las páginas de planeación nacional, y luego engavetado por razones que desconocemos. Las conclusiones del estudio son parciales frente al modelo, en tanto los investigadores manifiestan que los supuestos del mismo no fueron logrados, no se pudo lograr que la población del departamento decidiera afiliarse a una sola EPS, un porcentaje se quedó en su EPS del régimen contributivo, porque consideraba que esto le daba mayores garantías, de otro lado, la EPS designada no era del territorio, lo que ocasionó dificultades, en tanto la población de la región es predominantemente indígena. La implementación del modelo tuvo que enfrentar fallas estructurales del sistema de salud en Colombia, como la ausencia de una red de prestación de servicios suficiente en las zonas dispersas, lo que supone un 23% de remisiones para atender por 20 instituciones por fuera del departamento. El modelo muestra que no se requiere la EPS, la intervención de determinantes sociales de la salud y programas de salud pública desde una perspectiva intercultural, se puede hacer desde el ente territorial, la EPS no aporta un valor agregado allí. Desde el punto de vista financiero comentan que el modelo podría no ser sostenible a mediano y largo plazo por la inducción de la demanda de

servicios médicos, de una población con bajo uso de los mismos.

Es de anotar que esta investigación se hizo en seguimiento a un año de implementación del modelo, posterior a esto se desconocen seguimientos a la continuidad del mismo a nivel nacional. Con el ingreso del actual Gobierno, este planteó unas modificaciones a la propuesta postulando el MAITE como la nueva política pública. En suma, se podría decir que no ha sido posible demostrar que el modelo de aseguramiento comercial e individual sea la mejor alternativa para la garantía del derecho a la salud de los colombianos en todo el territorio nacional. El Ministro designado fue el arquitecto del MIAS, seguramente retorne a este. En suma, por las declaraciones y entrevistas, uno no observa que el Gobierno Nacional tenga la intención de cambiar el rumbo del sistema de salud, seguirán en más de lo mismo, con los reiterados y fallidos intentos de remendar la ley 100, revestirla de tecnicismo, profundizando el poder hegemónico de las EPS, no es claro aún si van a apostar a intentar una reforma al sistema de salud en el Congreso, o solo avanzaran en lo aprobado en el cuestionado Plan de Desarrollo del Presidente Duque. La línea es continuar en la negación de la reglamentación de la ley estatutaria en salud, que ni si quiera se menciona en las alocuciones iniciales.

<https://id.presidencia.gov.co/Paginas/prensa/2019/190723-Acuerdo-Punto-Final-sanear-deuda-s-historicas-marcara-hito-sistema-salud-Colombia-Presidente-Duque.aspx>

<https://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/la-gente-se-nos-esta-muriendo-esperando-decisiones-de-adres-448914>

https://www.contraloria.gov.co/contraloria/sala-de-prensa/boletines-de-prensa/boletines-de-prensa-2019/-/asset_publisher/9IOzepbPkrRW/content/contraloria-investiga-pagos-sin-justificacion-de-adres-por-1-4-billones-asi-como-cantidad-de-multiafiliaciones?inheritRedirect=false

Carolina Corcho Mejía, Médica psiquiatra, presidenta Corporación Latinoamericana Sur, Vicepresidenta Federación Médica Colombiana.



Fondos anticipados a las EPS para el No pos: más de lo mismo

Foto tomada de: RCN Radio