

Imprimir

El presidente Gustavo Petro ha dicho en varias oportunidades que con el triunfo electoral del Pacto Histórico se conquistó el gobierno, pero no el poder. Vale la pena examinar que tanto de este planteamiento ha ocurrido en el proceso en marcha para la reforma del sector salud. Al decir de muchos analistas, en 1990, el sector salud no era “importante políticamente” porque ejecutaba menos del 4% del PIB (hoy ejecuta el 8%). Estaba además subdividido en tres subsectores donde uno de los cuales: la seguridad social incluía una cobertura integral pero no llegaba sino a menos del 20% de la población y el sistema público estaba muy centralizado administrativamente (todo el poder estaba en manos del Ministerio de Salud) y llegaba solo al 60% de la población en la atención primaria o quizás un poco más en la atención de urgencias, sin embargo en el primer nivel de atención no tenía mucha capacidad resolutive y gozaba de muy poca cobertura en los niveles segundo y tercero y menos aún en enfermedades de alto costo. De otra parte, el sector privado siempre tuvo mucha cobertura en los consultorios médicos, quizás con el 60% de ella, pero muy poco acceso a los niveles de mayor complejidad para toda la población reservando sus clínicas sólo para quienes podrían pagar medicina prepagada o poseían pólizas de salud y capacidad adquisitiva alta, los cuales no serían más del 10% de la población.

La Constitución de 1991 modificó sustancialmente el sector salud exigiendo en su artículo 48 que la seguridad social fuera universal, eficiente y solidaria; para tal efecto desmonopolizó su manejo e introdujo la lógica de la competencia entre aseguradores y prestadores, manteniendo esquemas de compensación y solidaridad. De otra parte mediante el artículo 49 rediseñó la red hospitalaria y el manejo de la salud pública dentro de un esquema descentralizado distribuyendo competencias entre la nación, los departamentos y los municipios pero sobre todo creando un entorno propicio para convertir los hospitales en Empresas Sociales del Estado con el fin de soportar el ambiente competitivo.

La financiación del sistema estuvo asegurada gracias a las cotizaciones obrero patronales que se incrementaron del 7% al 12% de los ingresos laborales y a los artículos 356 y 357 Constitucionales que crearon el Sistema General de Participaciones el cual entregó recursos de los impuestos nacionales a las entidades territoriales con incrementos progresivos y en

particular para el sector salud. Gracias a estos mecanismos financieros creados por la Constitución de 1991 se pudo lograr progresivamente la cobertura universal del aseguramiento, aunque no necesariamente el acceso a los servicios, el cual dejó una brecha importante sobre todo en las zonas rurales.

La ley 100 de 1993 creó las Entidades Promotoras de Salud EPS como “articuladoras” de los servicios (según definición de Juan Luis Londoño) sustituyendo a las Secretarías Territoriales de Salud; las EPS se convirtieron además en gestoras inicialmente del recaudo y administradoras de los recursos financieros, pretendiendo además ser garantes del aseguramiento en sustitución del Estado. Estas EPS, que inicialmente eran de naturaleza pública, mixta o privada, poco a poco se quedaron solo con las que tenían la denominación de privadas (en la mayoría de los casos) y se apoderaron del manejo de todas las contribuciones parafiscales y en un 90% de los recursos del SGP que eran de propiedad de las entidades territoriales según la Constitución Política; así mismo se convirtieron en un mecanismo de presión sobre los recursos del presupuesto nacional incrementando su participación en el mismo, al tiempo que liberaron a la empresa privada y en general a los patrones de sus aportes obligatorios.

Es de observar que la introducción de la competencia entre los aseguradores fue un gran incentivo para ampliar la cobertura nominal del aseguramiento ( aunque no del acceso) en el periodo inicial del despegue del sistema, pues la consecución de cada afiliado mediante una firma en el documento de registro, se convirtió en un cheque que expresaba la captura de una Unidad de Pago por Capitación para cada EPS, incrementando así sus ingresos y sus utilidades, que en un primer momento tuvieron un margen de utilidades muy grande, debido a que la ignorancia de los afiliados sobre sus derechos al POS no les permitía exigirle al asegurador el cumplimiento de sus obligaciones ahorrándose buena parte del gasto. Específicamente los años 1995 -2000 que fue el periodo de despegue del aseguramiento y también fue la época de gran acumulación y corrupción; aunque para los aseguradores responsables fue también el momento de ahorrar e invertir en las reservas técnicas con que hoy cuentan.

En una mirada retrospectiva la Organización Panamericana de la Salud OPS siempre impulsó el concepto de la Atención Primaria, motor del modelo predictivo y preventivo, siendo el inspirador principal del antiguo Sistema Nacional de Salud, que logró un éxito limitado por problemas de centralización, con muy baja financiación y cobertura. Luego viene el impacto de las políticas de los bancos BID y BM que introducen el principio de la “protección financiera” de los enfermos de alto costo y sus familias, convirtiéndose en los adalides del aseguramiento privado, ligado al estímulo del mercado de las atenciones médicas y los medicamentos de alto costo, por supuesto más proclives a facilitar negocios de gran rendimiento y utilidad.

El proyecto de ley y la toma del Gobierno y del poder en salud

Es dentro de este contexto que el presidente Gustavo Petro presenta su proyecto de ley de “reforma a la salud” el cual se fija dos grandes metas: retomar y desarrollar el modelo preventivo, que, si bien ya existía legalmente, diseñado por la Ley 1438, no se había implementado en la debida forma por falta de voluntad política, de instrumentos y de financiación. Puede afirmarse que “la toma del gobierno en la salud” esta dada por la imposición del modelo preventivo como línea rectora de las políticas de salud.

Pero el verdadero determinante de “la toma del poder en la salud” está en la recuperación del manejo de los recursos públicos por parte del Estado, hoy bajo dominio privado. No quiere decir esto que los recursos necesariamente deban ser manejados por entidades públicas tales como las Secretarías de Salud, las ESE y eventualmente las EPS públicas o mixtas. No, el manejo Público de los recursos está determinado por quién es el “ordenador del gasto”, que es la persona o entidad que direcciona los recursos hacia los fines que determine la política pública de salud.

Es de reconocer que la conformación de la ADRES, Administrador de los Recursos de Salud, es un gran avance para la gestión pública de los recursos, pues este banco de la salud desplazó totalmente a las EPS en el cumplimiento de las funciones de recaudo incluyendo: Cotizaciones, SGP, Presupuesto General de la Nación e incluso los recurso del SOAT.

Adicionalmente la Ley del Plan para 2024 en su artículo 150 autorizó el giro directo de los recursos a los prestadores de servicios y a los proveedores de medicamentos e insumos en los siguientes casos:

1. Cuando las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar no cumplan con el indicador de patrimonio adecuado.
2. Cuando las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, en concordancia con lo establecido en el artículo 10 de la Ley 1608 de 2013.
3. Cuando las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar quieran acogerse de manera voluntaria al mecanismo de giro directo.

Dadas las decisiones recientes del gobierno de intervenir la Nueva EPS, la EPS Sanitas, la EPS SOS sumadas a las otras intervenciones ya en marcha tales como Asmet Salud y Famisanar: Permiten concluir que el gobierno por la vía administrativa se ha “tomado el poder de la salud” en más del 50% de los recursos, de los afiliados y de las aseguradoras.

Podría considerarse de otra parte que el gobierno imponiendo el modelo preventivo como política rectora de general aceptación, ha tomado en el 100% el “gobierno de la salud” más aun cuando seis EPS, incluyendo a Salud Total, en el reciente pronunciamiento de Cartagena, expresaron su apoyo a la reforma. A esto se suma la intención manifiesta de Sura EPS y el retiro voluntario de Compensar del actual modelo de salud.

A esto se agrega la invitación al Taller de Negociación de 100 horas, propuesto por el Presidente y considerando que la mayoría de las EPS, por una razón u otra, deberán impulsar el modelo preventivo. El Ministerio de Salud se ha propuesto desarrollar ocho decretos que por vía reglamentaria estarían desarrollando la mayoría de los capítulos del proyecto de ley (hoy virtualmente hundido, aunque esperando una posible resurrección vía el proceso de apelación ante el Senado) puede considerarse que el gobierno ha estado desarrollando exitosamente un PLAN B.

Los temas en desarrollo mediante decretos para ese plan alterno son:

1. El giro Directo
2. La movilidad de los afiliados
3. Los promotores de salud y la Resolución 2788 de 2022 (ETS)
4. El manual tarifario
5. La territorialización
6. El Plan Nacional Rural
7. El modelo de salud
8. Conformación de redes y habilitación de servicios.

Hay que anotar finalmente que sí no se da la aprobación del proyecto de ley, la vía reglamentaria podría ser inestable y reversible hacia el futuro, incluso si la ley se aprueba la ADRES se convierte de todas maneras en un “girador ciego” teniendo en cuenta que el proyecto de ley conserva como auditor de todas las cuentas a las EPS o bien a las Gestoras de Salud y por tanto estas entidades actúan como autorizadoras del gasto, lo cual representa un conflicto de intereses.

Teniendo en cuenta lo anterior consideramos que aún quedan tareas pendientes para consumir la “toma del poder en la salud”. Específicamente deberá rediseñarse el sistema de auditoría y control.

Ivan Jaramillo

Foto tomada de: La FM