

Imprimir

La crisis del sistema de salud sigue su marcha. Las medidas de intervención sobre unas EPS quebradas y sin solvencia económica no son suficientes ni serán suficientes para enfrentar la crisis. Recientemente se conocieron los resultados finales de la liquidación de la EPS Café Salud una de las mayores EPS en su momento pues fue la que inicialmente recibió los cerca de seis millones de afiliados que tenía Saludcoop para pasar luego con todas las ayudas del gobierno y del entonces ministro de salud, Alejandro Gaviria, que llevaría a la creación de Medimas que también quebró a pesar de la inyección de 200 mil millones de pesos de Findeter que por supuesto también se perdieron. Café Salud se fue del sistema dejando deudas por cerca de 8.8 billones de pesos, de esas deudas reconoció en el proceso de liquidación deudas por solo 1.3 billones de pesos de las cuales solo pagó 66 mil millones de pesos según reciente informe de la Superintendencia del Salud. La defraudación al sistema fue entonces de más de 8 billones de pesos que llevó a la quiebra y a la insolvencia de clínicas y hospitales a quienes quedó debiendo esos recursos.

Actualmente solo sobreviven 29 EPS, en el año 1995 eran 157, las 128 que han sido liquidadas desde entonces, como en el caso de Café Salud, se han ido del sistema dejando multimillonarias deudas quebrando de paso a clínicas, hospitales, centros de ayudas diagnósticas y proveedores de medicamentos. En los estudios que dieron pie a la propuesta de reforma de la cual fue autora la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T760/2008 organismo asesor de la Corte Constitucional, de la cual tomo parte, se calculó que esas EPS quebradas dejaron deudas con la red de hospitales públicos por cerca de 7 billones de pesos. Hoy esas 29 EPS que sobreviven deben a la red de hospitales públicos y a las clínicas privadas, así como a los proveedores de medicamentos, 18 billones de pesos y las que están en liquidación deben otros 7 billones para un total de 25 billones de pesos a 31 de diciembre del año 2023, y no tienen con qué responder. Deberían tener reservas técnicas por 18 billones de pesos y a esa misma fecha el déficit de esas reservas técnicas era de 16 billones de pesos. No tienen tampoco un patrimonio adecuado de tal manera que el sistema de salud en su conjunto está quebrado.

Todo ello se ha traducido como he insistido en este espacio en un mal servicio de salud para los colombianos. Cada tres minutos se interpone una tutela para que el sistema de salud

atención a los ciudadanos. En el año 2019 se presentaron 223 mil tutelas siendo el segundo derecho más tutelado en el país. Después de la pandemia el número de tutelas viene creciendo de nuevo fue de 123 mil en el año 2023 pero téngase en cuenta que ante los buenos resultados de la Superintendencia de Salud en ese momento presidida por Ulahy Beltrán los ciudadanos se inclinaron por acudir a la Superintendencia y las Peticiones, Quejas y Reclamos, PQR, crecieron entre agosto del año 2022 y diciembre del año 2023 se interpusieron un poco más de dos millones de PQR de las cuales 450 mil fueron súplicas de vida, es decir, donde la vida de los pacientes estaba corriendo un riesgo grande por inatención de los servicios de salud. Agreguen a esta situación que en más de 600 municipios en sus áreas rurales no hay ni siquiera puestos de salud de atención primaria. Las llamadas zonas dispersas donde viven cerca de 20 millones de personas en Colombia no tienen acceso a los servicios de salud o los servicios son muy deficientes.

El nuevo proyecto de reforma radicado por el gobierno

Como se sabe el miércoles 3 de abril del presente año, nueve senadores de los 14 que conforman la Comisión Séptima del Senado de la República, hundieron la reforma a la salud sin discutirla, en uno de los mayores actos de irresponsabilidad política y social de estos nueve parlamentarios. Detrás de estos Senadores no solo estaba la oposición obstruccionista y filibustera del Centro Democrático y de Cambio Radical, así como el presidente entonces del partido conservador y actual presidente del Senado, Efraín Cepeda también el presidente del partido Liberal César Gaviria, todos ellos apoyados por los gremios de los empresarios y las EPS, que de pronto quedaron en el limbo, pues no pueden negar los elementos estructurales de la crisis del sistema. Sus argumentos se reducen ahora a uno solo que también es mentira: que los recursos que les gira el Estado para cada uno de sus afiliados, la llamada Unidad de Pago por Capitación, UPC, es insuficiente. Durante los meses de octubre y noviembre del año 2023 se hicieron cuatro mesas técnicas en la que participaron 18 EPS para discutir con el Ministerio de Salud y otras entidades del gobierno la pretendida insuficiencia de la UPC y no pudieron demostrar que los recursos fueran insuficientes. De nuevo la mentira queda al desnudo.

A la crisis estructural del sistema se agrega un elemento no menor y es la opacidad y la corrupción en que han incurrido una buena parte de las EPS. Una investigación realizada por el proyecto ciudadano ¿Dónde esta la plata? que contó con el apoyo de la Comisión de Seguimiento encontró que, durante los años 2020, 2021, 2022 y 2023 y de acuerdo con la información de 8 EPS radicada por ellas mismas en la Superintendencia de Salud había un faltante de 13.2 billones de pesos entre lo que reportaron como soportado en gastos con respecto a lo que ellas declararon que habían recibido del Estado. Sobre ese informe la Fiscalía General de la Nación abrió indagaciones preliminares sin que hasta ahora se haya pronunciado. La que si se ha venido pronunciando tardíamente por demás es la Contraloría General de la República en diciembre del año 2023 produjo un informe sobre las reservas técnicas señalando que sobre 16 EPS que reportaron información el déficit de reservas técnicas al 30 de septiembre de 2023 era de 12.4 billones de pesos corroborando un informe de la Superintendencia de salud que sobre una muestra de 22 EPS había arrojado un déficit de 12.4 billones de pesos a 30 de junio del año 2023.

La Contraloría General de República con fecha 12 de julio del presente año publico un informe en que señaló que con recursos del año 2020 que el Estado había girado a las EPS se cubrieron deudas viejas aún de 15 años anteriores y que no habían sido aprobadas en los procesos de recobros, añadió la Contraloría que esto se hizo violando la normatividad de prohíbe que con recursos de la anualidad vigente se hagan pagos de otros años pues para ello existe el rubro de las reservas técnicas y encontró además que había supuestos pagos por más de cinco billones de pesos sin soportes. Esto es más grave aún y corrobora los resultados de la investigación que habían publicado meses atrás los organismos de la sociedad civil antes mencionados. Sobre lo primero abrió ya juicio de responsabilidad fiscal y sobre lo segundo señaló que continuaría con la investigación y que mostraría resultados prontamente. Esto demuestra que los mecanismos de auditorías no funcionan adecuadamente y que la corrupción y la opacidad con que se manejan los recursos públicos la salud son evidentes.

En este contexto el viernes 13 de septiembre del presente año el gobierno radicó de nuevo el proyecto de reforma a la salud previo un proceso en que la mayor parte de las EPS al fin se

pusieron de acuerdo con el gobierno en el texto radicado. El primer escollo que tuvieron que sortear aún en el seno del gobierno era la discusión sobre la naturaleza del proyecto dado que el ministro del interior, Juan Fernando Cristo, sostenía que el proyecto de Ley era de naturaleza estatutaria mientras que el Ministerio de Salud y el proyecto anterior había sido tramitado como proyecto de Ley ordinaria. La oficina jurídica de la presidencia de la República en concepto que se presentó como anexo al proyecto de Ley dictamino con razón a mi juicio que, dado que ya existe una Ley Estatutaria, la ley 1751 de 2015, que es la que determina el núcleo esencial del derecho este proyecto de ley se ocupa de cómo se organiza el sistema de salud para garantizar este derecho fundamental sin tocar para nada el núcleo esencial del derecho.

El proyecto de 49 artículos mantiene los contenidos esenciales del proyecto anterior. En primer lugar, establece como la base del sistema la atención primaria en salud. Todas las personas residentes en el territorio Colombiano se adscribirán a un Centro de Atención Primaria en salud que tendrá una dotación básica conformada por un equipo de profesionales de la salud: médicos, enfermeras, psicólogos, odontólogos y de acuerdo con el mapa epidemiológico de la población que está adscrita a ese CAPS podrá contar con especialistas que serán quienes atiendan inicialmente a la población y de ser necesario y contando con el respaldo de las EPS que quieran y reúnan los requisitos ahora transformadas en Gestoras de Salud y Vida desde ese CAPS se remitirán a Centros de Mediana y Alta complejidad. Todos los CAPS estarán adscritos a una Red Integrada e Integral Territorial que contará con centros de atención de Mediana y Alta complejidad, así como con proveedores de medicamentos. Las Gestoras de Salud y Vida realizarán convenios de desempeño con los diversos prestadores de servicios que forman parte de las Redes Territoriales Integradas e Integrales de salud, pero el pago de los servicios lo realizará directamente la Administradora de los Recursos de la Salud, ADRES. Así, este organismo dejará de ser un pagador ciego pues las facturas de los servicios se radicarán directamente a la ADRES que en un plazo de 30 días pagará el 85% del valor de la factura, el 15% restante dependerá del informe de la Auditoría que harán las Gestoras de Salud y Vida.

Todas las operaciones del sistema de salud se harán en un sistema único de información

abierto al público como ya viene operando en la ADRES solo que hasta el momento quienes ordenan los pagos son las EPS, aún las intervenidas. En ese sistema único e interoperable de información también estarán alojadas las historias clínicas de los 53 millones de residentes en el país a la cual solo tendrán acceso por supuesto los médicos tratantes. Así se establece un sistema abierto y en línea que sea un mecanismo de lucha contra la corrupción.

En el sistema se establecerá un mecanismo de doble auditoría sobre las cuentas. Las Gestoras de Salud y Vida harán una auditoría sobre todas las cuentas de cobro y no podrán actuar en los territorios donde tengan sus clínicas, centros de ayudas diagnósticas o proveedores de medicamentos para acabar de una vez con la integración vertical. La ADRES hará auditorías aleatorias sobre las cuentas auditadas por las Gestoras de Salud y Vida. Este es otro mecanismo de lucha contra la corrupción y contra el sobreprecio de medicamentos y procedimientos médicos. Habrá según el proyecto un manual tarifario.

Así mismo se crea un sistema robusto de participación ciudadana en todo el sistema de salud. El Consejo Nacional de Salud forma parte al lado del Ministerio de Salud y Protección Social de la rectoría del sistema. Estará integrado por 15 miembros 6 de ellos de entidades gubernamentales incluido un delegado de los entes territoriales municipales y 9 integrantes de la sociedad civil. En cada departamento, Distrito y municipio se creará un Consejo Territorial de Salud. Estos organismos jugarán un papel fundamental en el seguimiento y la evaluación no solo de la reforma para proponer los correctivos que sean necesarios sino para evaluar las políticas públicas de la salud tanto en el nivel nacional como en el nivel departamental, Distrital y municipal.

Los CAPS serán financiados por oferta y la mediana y la alta complejidad se financiará por demanda. El proyecto crea dos fondos uno para la financiación de la Atención Primaria en Salud y otro fondo para financiar la infraestructura hospitalaria pública al tiempo que se crean unas líneas de crédito blandas para clínicas privadas.

A grandes rasgos estos son los principales ejes del proyecto de reforma que como ya se dijo conserva los contenidos esenciales del proyecto inicialmente presentado por el gobierno

recogiendo lo que fue al debate público realizado en cerca de 60 Audiencias Públicas, Mesas Técnicas y el debate parlamentario que se realizó en la Cámara de Representantes.

Los faltantes más importantes del proyecto de ley

Tres son a mi juicio los faltantes más importantes del proyecto de Ley. El primero que en los seis artículos que dedica a los trabajadores de la salud deja el tema de la contratación tal y como rige hoy. El 80% de los más de 800 mil trabajadores de la salud tienen contratos laborales basura sin prestaciones sociales, vacaciones, ni contratos laborales dignos. La terciarización laboral en el sector es mayoritaria. Esto ya ha ocasionado el rechazo mayoritario de los trabajadores de la salud que han trasladado sus propuestas a las mesas técnicas que se están realizando a instancias del Ministerio de Salud. Hay que retornar a mi juicio a la propuesta original de lineamientos generales en la ley que están contenidos en la propuesta radicada el 13 de febrero del año 2023 y otorgar en la ley facultades extraordinarias por seis meses o un año al presidente de la República para expedir con fuerza de ley el régimen especial para los trabajadores de la salud contemplado en la Ley Estatutaria 1751 de 2015. La laboralización de los trabajadores de la salud debe cobijar tanto a los trabajadores de la red pública como a los trabajadores del sector privado.

Un segundo faltante es el de ciencia y tecnología. En la exposición de motivos se remite al documento CONPES de reindustrialización del país que no me parece que incorpore el sentido original del proyecto y es el de avanzar en la capacidad que tenga el país para la producción de sus vacunas y medicamentos que nos permitan una mínima soberanía en este tema. Es un faltante importante que tiene el proyecto radicado.

Finalmente se eliminaron los artículos que buscaban fortalecer las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia de Salud y dentro de ellos el plazo de 72 horas que se establecía para dar respuesta eficaz a las PQR que se radican en esta entidad para garantizar el derecho fundamental a la salud. Aún es tiempo de recuperar en el debate parlamentario estos que son a mi juicio grandes vacíos del proyecto.



Reforma a la salud una necesidad frente a la crisis del sistema

Pedro Santana Rodríguez, Director Revista Sur