Imprimir

El gobierno hace un nuevo intento para que el Congreso apruebe un proyecto de reforma al sistema de salud, similar al anterior, buscando fortalecer la atención primaria y eliminar los intermediarios. ¿Logrará el consenso con las mesas técnicas que hoy terminan su trabajo?
Un nuevo proyecto y el reto del consenso político

El viernes 13 de septiembre el gobierno radicó en la Comisión Séptima de la Cámara de nuevo el proyecto de Reforma al Sistema de Salud después de debatir si debiese ser una ley Estatutaria u Ordinaria optando por la segunda alternativa, la cual, por cierto, no compartió el ministro Cristo, quien hasta ese momento se alineo con la primera opción.

Llamó la atención que la radicación se hizo sin ningún despliegue publicitario, como en ocasiones anteriores. Además, en el equipo radicador al lado del Ministro reapareció Aldo Cadena, quien actuó como gerente de la Nueva EPS hasta su intervención por parte de la Supersalud y que sería el único funcionario con experiencia en la gestión de EPSs, lo cual ha permitido seguramente, tener una mejor interlocución con ese gremio.

Sobre el contenido del nuevo proyecto de ley, el ministro Jaramillo no vaciló en enfatizar que se trata del mismo proyecto que fue rechazado en el Senado. Aunque, algunos, como el nuevo director de Gestar Salud, Jorge Enrique Gutiérrez, opinan que es un proyecto "mejorado" y que se puede optimizar aún más en pro de los intereses de los afiliados.

Acto seguido a la radicación del proyecto de ley, la presidencia de la Comisión designó el equipo de ponentes bajo el liderazgo de Alfredo Mondragón, del Pacto Histórico, quien también desempeñó ese papel en la primera versión, la cual como se recordará fue rechazada por el Senado. No obstante, de inmediato se alzaron las voces de protesta entre los partidarios del proyecto por la ausencia de la representante Martha Alfonso, quien jugó un papel decisivo en el trámite exitoso del proyecto de ley en su paso por la Cámara de Representantes durante la etapa inicial.

En contraste, es notoria la presencia del representante Andrés Forero, del Centro Democrático, ferviente crítico y opositor a la reforma. Se espera que la presencia de Forero y de otras bancadas entre los ponentes podría significar un apoyo decisivo en la aprobación del proyecto de ley si se logra una conciliación de posiciones tan opuestas como ha ocurrido hasta ahora sobre todo en el Senado. Sin embargo, esto solo sería posible si el coordinador de ponentes, Alfredo Mondragón, logra maniobrar con buen tino y si en conjunto con el Ministro aceptan hacer concesiones a los opositores rescatando, aunque sea parcialmente, algunos temas de interés para las EPS, que en el nuevo proyecto se convertirían en Gestores de Salud y Vida.

De otra parte, es de observar que los analistas teníamos la expectativa de que el nuevo proyecto de ley como se anunció ya fuera producto de una conciliación con la oposición, lo cual parece que se intentó y contó con el apoyo de algunas EPS. No obstante, para evitar un eventual nuevo fracaso en el trámite legislativo y de forma muy inteligente el gobierno ha convocado a las diversas bancadas a unas “mesas técnicas” preliminares que han desarrollado sus actividades durante más de dos semanas en las mismas instalaciones de la Comisión Séptima de la Cámara, contando con la participación de gremios del sector y de entidades académicas invitadas por los mismos ponentes. Esta estrategia ha permitido desarrollar unas sesiones informales en las cuales se han confrontado posiciones encontradas de manera que la ponencia resultante sea producto de un consenso. Se sabe que hay una voluntad mayoritaria en pro de la reforma, aunque los resultados y propuestas específicas aún no se conocen al momento de escribir esta nota.

Más allá de los cambios cosméticos que ya trae el nuevo proyecto o de algunos cambios de fondo que se logren en más mesas técnicas es muy importante analizar los cambios contextuales en el sector salud que se han dado en estos dos años del gobierno Petro afectando las columnas vertebrales del proyecto a saber: La atención primaria, el fortalecimiento de la ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud), la eliminación provisional de muchos intermediarios y los resultados de las EPS intervenidas. El futuro de la reforma, sin duda, dependerá en buena medida no solo de los problemas diagnosticados y las propuestas diseñadas sino de los

logros que el gobierno pueda mostrar en materia de salud. Preocupa que hoy se observa un deterioro de los servicios y una insuficiencia o ineficiencia en el uso de los recursos.

La atención primaria y la reducción de costos

La primera columna vertebral de la reforma, sobre la cual ya ha avanzado el gobierno por la via administrativa, está en la sustitución de un modelo curativo por otro preventivo, y ya se cuenta por ejemplo con más de 5.000 equipos extramurales que están actuando sobre la población con medidas preventivas y promocionales antes que se conviertan en pacientes que deben ingresar a los hospitales, esperando que con ello se logre una reducción de costos.

Hemos dicho en varias ocasiones que el modelo preventivo está debidamente autorizado desde la ley 1438 de 2011 y que no se ha desarrollado por falta de recursos y de voluntad política pero hay expertos que además insisten en que el envejecimiento general de la población, las ampliaciones progresivas del plan obligatorio y el incremento de los costos debido al desarrollo tecnológico neutralizarían cualquier impacto favorable en los costos gracias a la atención primaria. Además, se sabe que las EPS intervenidas, que hoy cubren más la mitad de la población del país, no han logrado reducir costos a pesar de los programas preventivos. Por lo anterior no se ha logrado todavía garantizar la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) con medidas de prevención y eficiencia.

El fortalecimiento de la ADRES y el giro directo

El giro directo de la ADRES a las IPS si bien no incrementa los recursos evita su desvío y garantiza la oportunidad de su llegada a los prestadores finales. Contrario a lo pregonado por la oposición al proyecto, la ADRES se ha desarrollado de manera extraordinaria y exitosa en el giro directo de los recursos a las IPS gracias a la introducción de novedosas tecnologías en los sistemas de información y operación, incluyendo la inteligencia artificial, la bigdata, y la analítica de datos en apoyo al proceso de los pagos. Se reporta hoy que la ADRES como banco de la salud ha logrado recaudar hasta $92 billones anuales y ha podido perfeccionar el

sistema de giros directos a más de 5.000 prestadores o IPS, evitando y haciendo un *bypass* a las EPS, consiguiendo así la sustitución de los intermediarios, aunque por ahora en forma provisional.

Es un logro importante entonces que el 53% de las IPS y la población a su cargo está en situación de giro directo por efecto de las medidas de intervención, siguiendo lo ordenado por ley del Plan de este Gobierno. Es de recordar que las EPS del Régimen Subsidiado reciben el 80% de sus recursos por este método directo desde 2011. La capacidad de giro directo de la ADRES es, sin duda, el segundo y principal logro de Félix Martínez y del gobierno Petro para el sistema de salud, y es un augurio de éxito si se aprueba la ley. Con estos resultados y el descubrimiento de múltiples IPS fantasmas que facturaban fraudulentamente será muy difícil que algunos congresistas insistan en que la ADRES no es capaz de asumir funciones de pagador centralizado que le asigna la nueva ley.

De otra parte, quedan atrás las presunciones de que se está regresando al sistema centralizado del Seguro Social anterior a la Ley 100 de 1993. Los críticos olvidan que el ISS llegaba a menos del 20% de la población, mientras que la ADRES alcanza, con giros directos, al 70% de la población, con la posibilidad de llegar al 100% cuando desaparezcan las EPS tal como las conocemos.

Además, es importante observar que la ADRES funciona con únicamente el 3% de los empleados que tenía el ISS, gracias a la gestión tecnológica que optimiza el costo y la oportunidad de los pagos de servicios a terceros, a diferencia de los pagos de nómina que realizaba el viejo ISS a su personal. Hoy, la ADRES tiene cinco veces más cobertura que el ISS, con menos del 5% del gasto administrativo.

La eliminación de los intermediarios

El propósito político central de la reforma ha sido acabar con la intermediación privada de los recursos públicos, la cual ha sido acusada de enriquecer a los agentes privados mediante la cooptación de rentas indebidas y la desviación de recursos. Para ello, la nueva ley crea las

Gestoras de Salud y Vida, que sustituirán a las EPS y que no manejarían recursos financieros. A estas nuevas gestoras les corresponderá sobre todo gestionar la atención de los afiliados y conducirlos, como si fuera un navegador de internet, por toda la red integral e integrada de servicios. No obstante, las nuevas Gestoras conservan el poder de visar o aprobar la ordenación del gasto en cumplimiento de sus funciones de auditoras de la facturación.

Deberá entenderse entonces con la reforma, que mientras los médicos autorizan a nivel científico-técnico los servicios a los afiliados, son las gestoras quienes autorizan los movimientos financieros a la ADRES, tales como son la estimación del valor de las autorizaciones para la constitución de reservas técnicas para el pago de los servicios. Además, las gestoras, reciben y postulan el pago de facturas para la entrega de anticipos a los prestadores, liquidan las facturas y ordenan los giros a la ADRES. En otras palabras, los médicos ordenan técnica y científicamente los servicios, pero son las gestoras las que autorizan y con la ADRES contabilizan el gasto y los movimientos financieros. Esta distribución de competencias aún no está suficientemente clara y deberá ser precisada por el nuevo texto de reforma.

La ley convierte entonces a la ADRES en un pagador único y centralizado pero que, en la práctica, podría quedarse como un girador ciego de recursos, cumpliendo las órdenes de las gestoras que postulan las facturas a pagar. Lo que es más grave es que los postuladores de facturas (las gestoras) son las mismas entidades que auditan esas facturas, lo que genera una falta de segregación de funciones entre ordenador y auditor del gasto y por lo tanto se evita el control. Esta segregación de funciones deberá ser precisada por el texto de la reforma

Alertas por los postuladores y el poco éxito de las intervenciones

Las EPS intervenidas operan como un modelo similar de lo que sería el nuevo sistema de las gestoras que funcionaría después de la reforma. Preocupa que estas EPS hoy a cargo de interventores nombrados por la Supersalud, no estén dando los resultados esperados. En ningún caso, que se sepa, ha logrado reducir la siniestralidad y, por lo tanto, al parecer aun

los costos superan los ingresos. El caso más dramático es el de la Nueva EPS, que presenta, según reportes de la oposición, un 136% de costos sobre el valor de la UPC.

Además, en varias de las EPS intervenidas, se ha incrementado el número de PQR, tutelas y cuentas por pagar. Lo más preocupante, sin embargo, es la posible concentración del poder en los postuladores de facturas, quienes podrían definir a quien se le paga, cual es el valor autorizado y cuál es el orden de prioridad en el pago de facturas, de ser así la ADRES quedaría en condición de ser solo un pagador subordinado. Esta situación podría controlarse si los auditores de las facturas fueran diferentes a los postuladores, pero desafortunadamente aún no ha sido definido así en el proyecto.

La credibilidad de la información y la auditoria de los datos

Hoy hay mucha información y con la reforma seguramente mejorara. ¿Pero quién certifica la veracidad de la información? Para que la información financiera de las EPS – IPS tenga validez legal debe estar organizada y presentada según las NIIF (Normas Internacionales de Información Financiera) pero los Estados Financieros además deben estar firmados por el Gerente, el Contador y el Revisor fiscal, además las EEFF deben estar publicados en un medio de amplia circulación como el internet. Ocurre no obstante que varias EPS no cumplen con estos requisitos como la NEP y por lo general la información reportada a la Supersalud en los formatos oficiales FTOO1…FT010 no coincide con los estados financieros de las EPS: ¿A quién creerle? A su turno ACEMI sostiene que la información esta auditada por la CGR, pero cuando la entidad de control produce un informe entonces lo rechaza. El Ministerio de Salud dice que la UPC se calcula con la información que generan las EPS, pero tiene una demanda sobre todas ellas poniendo en cuestión su credibilidad. Se necesita definir mejor entonces cual es el sistema de información oficial y quien debe verificar los datos. Quién es que da fe pública y cumple funciones de notario. De otra parte, frente a la auditoria de cuentas medicas se sabe que algunas EPS que vienen de la evolución de la medicina prepagada como SURA EPS tienen un sistema propio de auditoría de cuentas médicas (llamado in house), pero casi todas las demás contratan la auditoria de cuentas con veinte o mas firmas de auditoria que operan en el mercado (o con auditores personales privados) las cuales tampoco tienen

una regulación. En conclusión, el sistema de salud tiene mecanismos de información, pero no tiene quien verifique la validez de esa información lo cual es una gran debilidad para cualquier debate y para el resultado de la reforma.

Iván Jaramillo Pérez, Magister en Administración Pública del CIDE (México), director administrativo de la Asamblea Constituyente, secretario general del Fondo Nacional Hospitalario, coordinador del Programa de Consolidación del Sistema Nacional de Salud, docente universitario y consultor internacional.

Foto tomada de: Los Angeles Times