Imprimir

El reciente anuncio de la Contraloría General de la República revela la pérdida de $6 billones de pesos del dinero público destinado a la salud, además de una indagación preliminar por otros $5.3 billones de pesos en irregularidades durante la vigencia 2020, en plena pandemia. Fue durante este periodo, cuando los colombianos estaban confinados y se registraron numerosas pérdidas de vidas, se reportaron trabajadores con contratos precarios, falta de pago, carencia de elementos de bioseguridad, y una insuficiente atención a otras enfermedades.
Este hallazgo pone de manifiesto un problema de corrupción que supera cualquier otro dado en la historia del país. La ley 100 de 1993, desde su creación, ha sido señalada como un facilitador de la corrupción institucional y del desvío de recursos públicos en el sistema de salud. Las pérdidas acumuladas a lo largo de las décadas subrayan la magnitud de la malversación, especialmente en uno de los momentos más críticos para la salud pública en Colombia, lo que demanda reformas profundas y sanciones ejemplares.

En el 2016, el país fue testigo uno de los escándalos de corrupción más grandes del país, el de la Refinería de Cartagena. (REFICAR) con un desfalco de aproximadamente $2,9 billones de pesos. Sin embargo, solo 2020, en el sistema de salud se reporta una presunta perdida de $11.2 billones, superando con creces el escándalo de REFICAR.

La propuesta de la ley 100 de 1993, atendiendo los principios de “eficiencia”, tenía entre sus principales propósitos privatizar el servicio público, especialmente acabar con el “monopolio” del seguro social y separar los negocios de sus tres seguros tradicionales, pensión (invalidez, vejez y muerte) salud (enfermedad general y maternidad) y riesgos profesionales (accidente de trabajo y enfermedad profesional). Se crearon, por tanto , para la privatización del ahorro pensional las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), al tiempo que en la administración del seguro obligatorio de salud contributivo se abrió la posibilidad de competir con el Instituto de Seguros Sociales a empresas privadas que fueron bautizadas, con algún grado de optimismo, como Entidades Promotoras de Salud (EPS) y, finalmente para riesgos profesionales se creó la figura de Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) Martínez , F. 2019, p. 241).

Para hacer posible la privatización en salud y crear competencia en el aseguramiento, se decide pagar a los aseguradores públicos y privados un valor único promedio por el seguro obligatorio anual de cada afiliado, unidad de pago por capitación, UPC, resultante de reunir todas las contribuciones parafiscales de empresas y trabajadores y por el número de trabajadores con capacidad de pago (cotizantes y sus familiares) en el régimen contributivo (Martínez, F. 2013, p.116)

Se instauraron los subsidios a la demanda financiado por el presupuesto nacional y algunos aportes de solidaridad de los trabajadores del régimen contributivo para asegurar a la población sin capacidad de pago. De esta forma se buscó cubrir financieramente las necesidades en salud de toda la población.

La privatización del aseguramiento en salud, tal como se planteó en la Ley 100 de 1993, no representó una oportunidad atractiva para los grandes inversionistas, a diferencia de lo que ocurrió con el sistema pensional. En el caso de las pensiones, los grupos económicos vieron una gran oportunidad en la administración del “ahorro más grande de la nación”, lo que generó un interés masivo en controlar este sector. (1).

Las empresas de medicina prepagada fueron obligadas a asumir esta función y convertirse en EPS. Estas empresas vieron el modelo como poco rentable, debido a una baja prima por afiliado, la amplia cobertura del plan de beneficios y la imposibilidad de la eliminar preexistencias. Además, la vigilancia gubernamental y posibles sanciones representaban un desafío considerable para ellas, acostumbradas a vender pólizas de salud costosas y menos arriesgadas. Hasta ese momento, estas empresas solían seleccionar a los asegurados en función de su edad y estado de salud e imponían limites en la cobertura, condiciones que no eran posibles bajo el nuevo sistema de salud

Esto abrió un vacío que fue llenado por entidades cooperativas y otras organizaciones sin ánimo de lucro. Estas entidades, al no tener la presión de rendir cuentas a accionistas en busca de ganancias, encontraron en el aseguramiento en salud una oportunidad para manejar grandes cantidades de dinero público, provenientes de la afiliación masiva al

régimen contributivo.

De este modo, se establece un intermediario privado (EPS) que proviene del sector cooperativo y cajas de compensación y no del capital financiero. En lugar de buscar beneficios directos y altas ganancias, estas nuevas entidades se benefician de la “integración vertical”, que les permite manejar tanto los servicios médicos como las compras de medicamentos e insumos a través de sus propias empresas. Además, gestionan servicios adicionales como ambulancias y lavanderías. Esta situación es problemática porque no hay reglas estrictas que impidan que los administradores mezclen sus intereses personales con los negocios de la empresa. Así, casos como el de la EPS SaludCoop, donde el mal reflejó que no se trata de excepciones sino una práctica generalizada en el sistema

Este es el comienzo del desarrollo del modelo de salud basado en la Ley 100 de 1993 que generó problemas como la fragmentación del sistema y los incentivos para que los agentes priorizaran sus propios beneficios en lugar de los objetivos de salud pública. El resultado ha sido un enfoque excesivo en resolver problemas médicos complejos, descuidando las acciones preventivas necesarias; una gestión financiera que priorizó el control de costos por encima de una adecuada gestión de riesgos en salud; y barreras de acceso para los usuarios, especialmente para aquellos que necesitaban servicios y tecnología avanzada, lo que comprometió la calidad del cuidado recibido. (2).

En este punto, se identifica una relación entre el arreglo institucional con entidades sin ánimo de lucro que manejan los recursos del sistema y el comportamiento enfocado en obtener ganancias indirectas. Estas entidades, las EPS que no pueden ganar dinero directamente de su actividad principal, buscan generar beneficios a través de negocios secundarios, como servicios adicionales. Como resultado, no tienen incentivos para ahorrar dinero al sistema de salud y suelen gastar todo el dinero que reciben y presionan insistentemente el incremento de la UPC. Por otro lado, las entidades privadas que gestionan tanto los seguros obligatorios como los voluntarios también evitan ahorrar, cargando todos los costos de los pacientes al seguro obligatorio y obteniendo ganancias del seguro voluntario. Esta estructura y los incentivos que crea explican por qué el sistema enfrenta problemas financieros y de

eficiencia.

Sin justificación legal, técnica, ni contable, los recursos de la UPC destinados a atender la salud de los colombianos, se destinan a fines diferentes: Gastos de publicidad y promoción de la razón social de EPS, de la imagen corporativa de las instalaciones de las EPS. Gastos de numerosos abogados y bufetes para atender las reclamaciones a los derechos negados a los afiliados, generosas dádivas a familiares de funcionarios que operan en las puertas giratorias de la burocracia oficial, pilates, viajes y hasta clases de yoga. (Fernandez,2012)

De manera inversamente proporcional se reducen los montos de lo que corresponde al recurso parafiscal, destinados a atender las contingencias derivadas de la enfermedad común de la población afiliada

Más difícil se torna para los enfermos y los afectados por las contingencias de salud acceder a los beneficios establecidos por la Seguridad Social, en la medida en que se disminuye artificiosamente la disponibilidad de los recursos para atenderlos. Ello explica el que una atención en salud se convierte en un procedimiento pleno de obstáculos, trámites legales complicados. En lugar de usar el dinero para cuidar a los pacientes, las EPS gastan grandes sumas en abogados, asesorías para justificar sus gastos y evitar sanciones. Los derechos de los pacientes en la práctica no tienen valor real.

El diseño particular de privatización del sistema de salud ha acentuado las inequidades en el acceso a la atención médica porque las inversiones privadas no están interesadas en construir nuevos hospitales y muchos menos en aquellos lugares apartados del país. Esto ocurre porque no consideran que la inversión sea rentable o creen que no ganarán suficiente dinero. En lugar de construir hospitales nuevos, las empresas privadas suelen comprar viejas instituciones públicas o enfocarse en áreas donde la gente puede pagar más. Dejando a las personas en zonas más pobres o rurales con menos opciones de atención médica, aumentando las desigualdades

El sistema de salud actual permite que el Estado transfiera la responsabilidad de brindar

atención médica a empresas privadas mediante contratos de capitación. Este proceso se repite en varias etapas hasta llegar al usuario final. Algunos expertos lo llaman un “sistema basado en contratos”. El principal problema es que los afiliados no siempre reciben todos los servicios que deberían. A menudo enfrentan dificultades para acceder a estos servicios. Son claros los incumplimientos de esos contratos. Las EPS afirman que cumplen con su obligación al contratar con una IPS, pero los problemas como la falta de medicamentos, la escasez de servicios odontológicos y la dificultad para obtener citas, son atribuidos a la IPS, no a la EPS.

Ninguno de los desfalcos en la historia del país se compara con la magnitud de la malversación de dinero público que ha significado el diseño del actual sistema de salud durante 30 años. Si se realizara una auditoría forense, los escándalos como REFICAR serían insignificantes en comparación con lo que se descubriría tras 30 años de este modelo basado en la Ley 100 de 1993. La cifra presentada por la Contraloría General de la República, que señala 6 billones de pesos desviados en detrimento del interés colectivo, es solo la punta del iceberg de un sistema diseñado con puertas abiertas para la corrupción, que requiere reformas urgentes y sanciones ejemplares.

Una auditoría forense es crucial para descubrir el alcance real del fraude, identificar patrones de corrupción, sancionar a los responsables y restaurar la confianza pública. Es urgente actuar antes de que partidos como el Centro Democrático y el MOIR intenten blanquear la imagen de las EPS

---

(1) https://www.fedesalud.org/documentos/EstudiosFD_15_Crisis-seguridad-social-salud-Colombia.pdf

(2) https://victordecurrealugo.com/wp-content/uploads/2018/07/2-La-encrucijada-del-derecho-a-la-salud-en-América ca-Latina.pdf

Ana María Soleibe Mejía, Médica, presidenta de la Federación Médica Colombiana.

Foto tomada de: El Heraldo