

Imprimir

Las normas cumplen su ciclo, y los logros alcanzados en salud hasta ahora son la plataforma sobre la cual se busca construir un modelo que responda a las necesidades actuales de la población; precisamente, ese es el objetivo de las leyes y máxime de los Estados Sociales contemporáneos como el nuestro.

Se radicó en la Cámara de Representantes, un nuevo proyecto de ley, el 312 de 2024, “por medio del cual se reforma el sistema de salud y se dictan otras disposiciones”, cuyo objetivo es garantizar el aseguramiento social en salud como un derecho fundamental. Propone ordenar las fuentes de financiamiento, persiste en la agrupación de recursos de manera solidaria, con prestadores de salud públicos , privados y mixtos y establecer un sistema de gestión de riesgos financieros y de salud bajo control estatal, como un mandato de la Constitución de 1991 que define a Colombia como un Estado social de derecho, comprometido con el derecho a la salud, respaldado también por el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Sentencia T-760 de 2008, que emitió 16 órdenes para asegurar el acceso y la calidad de los servicios de salud y por supuesto, uno de los mayores triunfos ciudadanos , la ley estatutaria de la salud 1751 de 2015.

El gobierno convocó a mesas técnicas como espacios de diálogo y concertación para reunir a expertos, organizaciones y actores clave del sector de la salud. A estas mesas acudieron representantes de trabajadores, sindicatos, EPS, IPS, empresarios, asociaciones de pacientes y otros actores interesados. El propósito era generar un espacio de intercambio de ideas donde se debatan propuestas que busquen mejorar la calidad, accesibilidad y sostenibilidad del sistema de salud. Se esperaba identificar las necesidades más urgentes y posibles soluciones para construir un modelo más eficiente, equitativo y centrado en el paciente, alineado con la reforma que impulsa el gobierno.

Se presentaron dos visiones opuestas: Los defensores del derecho fundamental a la salud y los defensores del statu quo. La realidad mostró que muchos participantes acudieron principalmente con el objetivo de defender intereses particulares, especialmente los de las EPS y otros actores que obtienen beneficios económicos como intermediarios financieros del

actual modelo de salud. Durante años, estos intereses han sido protegidos y respaldados por sectores que se oponen a cualquier cambio significativo en el sistema, argumentando que buscan la sostenibilidad y eficiencia de este. Posteriormente, las organizaciones participantes entregaron documentos con sus propuestas específicas, que recogieron las sugerencias y perspectivas de cada sector, permitiendo que se tomaran en cuenta sus visiones

La nueva arquitectura presenta el fortalecimiento de instancias existentes, la creación de nuevas y construir mecanismos de articulación intra e Inter niveles: nacional, regional y territorial, establecidos en el proyecto.

Uno de los aspectos más destacados es el giro directo que permite que los recursos lleguen de manera rápida y ordenada a los proveedores de servicios eliminando el retraso en los pagos, que actualmente pueden llegar a 360 días para hospitales públicos y clínicas que no son del interés de las EPS, quienes hoy --deciden a quien y cuanto se paga-. Esta seguridad en los pagos permite que los prestadores se concentren en mejorar la calidad de los servicios, pagar a los trabajadores y se convierte en un pilar fundamental para garantizar a los pacientes una atención de calidad sin interrupciones.

La ADRES creada en 2015, ha demostrado un notable incremento en su capacidad para procesar facturas y realizar pagos de manera sorprendentemente rápida. Esto se ha logrado gracias a la implementación de tecnologías como la inteligencia artificial, que ha permitido crear una estructura de datos robusta, respaldada por una supervisión e información adecuadas. Este avance ya está generando un cambio significativo en la cultura de gestión y supervisión del sector salud, priorizando la transparencia y la rendición de cuentas. Eliminar el intermediario completaría la función de colocar el bienestar de los pacientes por encima de los intereses financieros de los actores involucrados, un cambio necesario en un sistema plagado de malas prácticas.

La transformación de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) hacia el rol de Gestoras de Salud y Vida, una vez saldadas sus deudas, redefine su función. Ya no serán intermediarias del dinero, serán garantes de la calidad, accesibilidad y eficacia de los servicios de salud.

Durante 30 años han afirmado desempeñar estas funciones -en un país donde se reclama el derecho a la salud cada 4 minutos a través de tutelas-. Ahora, deberán demostrar su compromiso real con el fortalecimiento de la prevención y promoción de la salud, que hasta ahora se limita a la elaboración de un listado de exámenes periódicos, mientras los pacientes enfrentan retrasos en la entrega de medicamentos, consultas especializadas o realización de procedimientos.

El país está a la expectativa con respecto a estas entidades. La historia no da para menos, “La plata robada no se recupera solo con gestión, cada peso desviado es un servicio que no se presta. Desde hace años, no meses, la mayoría de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) han estado en una situación de insolvencia técnica. Ha sido un juego perverso que se logró, mediante las liquidaciones de estas entidades, ir diluyendo la responsabilidad sobre los recursos mal administrados o desviados. El principio fundamental del aseguramiento en salud exige que las EPS mantengan reservas técnicas sólidas para garantizar la prestación continua de servicios y la sostenibilidad del sistema. De no haber ocurrido esta mala práctica financiera, y si las EPS hubieran resguardado sus reservas técnicas desde su fundación (como lo exige la misión del aseguramiento en salud), se estima que el patrimonio acumulado de estas entidades a la fecha superaría los 45 billones de pesos colombianos. Esta suma astronómica representa el dinero que ha sido efectivamente sustraído del sistema de salud, aparentemente con la complicidad pasiva de las autoridades reguladoras.” (2)

El proyecto de reforma establece claramente la definición de roles para cada actor del sistema de salud. Las gestoras de salud y vida actuarán como entidades responsables de articular la atención en los diferentes niveles de complejidad, asegurando la continuidad del cuidado sin que la persona se vea afectada por procesos administrativos, como ocurre actualmente con las autorizaciones y remisiones a clínicas verticalmente integradas con las EPS. Los Centros de Atención Primaria (CAP) se centrarán en cuidar a la población adscrita y fortalecer la Atención Primaria en Salud (APS), un modelo que ha demostrado ser eficaz en otros países para mejorar la salud pública de manera sostenible. Por su parte, la ADRES

seguirá siendo el administrador de los recursos, garantizando la transparencia y la adecuada distribución del financiamiento.

“El nuevo sistema de salud desarrollará un sistema de información único, público, transparente, disponible en línea, que usando los últimos recursos tecnológicos de Big Data, Procesamiento Digital de Imágenes, cadena de bloques y demás recursos para Inteligencia Artificial, que permita recuperar el máximo de información económica, clínica, científica, tecnológica, técnica y administrativa, desde los orígenes del sistema de salud vigente, para preservar recursos económicos y epidemiológicos, así como tener los elementos empíricos oportunos para la toma de decisiones en política pública, y que en sí mismo sea un instrumento de soporte a la justicia para sancionar la corrupción y evitarla en el sector salud, conforme al artículo 17 de la Ley 1751 de 2015.” Este sistema de información tiene ya un estudio de financiación que se encuentra descrito detalladamente en el anexo No 3 del proyecto anterior, que pareciera que omiten intencionalmente.

En este contexto, La historia clínica electrónica es un elemento fundamental en este proyecto porque permite el acceso a los registros médicos completos, actualizados en tiempo real, lo que facilita la continuidad del cuidado evitando errores y repeticiones innecesarias y asegurando que los pacientes reciban un tratamiento integral sin importar donde se atienda dentro del sistema. Esta herramienta digital es esencial para la toma de decisiones clínicas acertadas y eficientes.

La intención en la reforma es reforzar la APS para prevenir enfermedades y reducir la carga sobre los hospitales, lo que a su vez libera recursos para atender casos que requieran alta complejidad. La propuesta busca que los hospitales públicos sean mejor financiados y cuenten con infraestructura y recursos adecuados para que puedan atender con calidad a los pacientes en todos los niveles. Decir que se desfinancia la mediana y alta complejidad es simplemente una tergiversación que no refleja la realidad del proyecto.

El periodo de transición está cuidadosamente planificado para asegurar la continuidad en la atención sin interrupciones. Además, se han previsto mecanismos para hacer ajustes

progresivos que permitan adaptar a todos los actores del sistema sin que esto afecte a las personas. Los opositores de la reforma parecen ignorar que el verdadero caos en el sistema de salud proviene del modelo actual, que ha permitido la acumulación de deudas y la fragmentación del servicio, la reforma es una solución a estos problemas.

El proyecto busca resolver los problemas que llevaron al colapso financiero del sistema resultado de la intermediación de los actores privados, las EPS, quieren inventar costos, desvían recursos, no resguardan reservas técnicas, priorizan pagos a sus integraciones verticales, ocultan facturas, otorgan préstamos a vinculados y luego los castigan como incobrables en 2 o 3 años, generan figuras intangibles para respaldar deudas, dan anticipos a IPS de amigos sin cerrarlos nunca, cubren gastos telefónicos de sus holding, se autocontratan con empresas relacionada para generar gastos de asistencia técnica por miles de millones mensuales. Así que, los cambios propuestos se han diseñado para ser sostenibles y, a largo plazo, reducir los costos asociados a enfermedades crónicas prevenibles gracias a una atención primaria fortalecida.

Resulta inaceptable escuchar hablar de los trabajadores de la salud como si no fueran una parte esencial del sistema. Esto no solo es un mandato de la ley estatutaria de salud en sus artículos 17 y 18, sino que también es un deber moral tras 30 años de estar sometidos a contratos abusivos. Es una obligación del Estado, que se define como un Estado social de derecho, garantizar su dignidad y bienestar. Si se puede pagar a los desfalcadores que han desviado billones de pesos y hoy se transforman en Gestores de Salud y Vida, no pueden argumentar que no es posible laboralizar y crear un Régimen Laboral Especial que devuelva la dignidad a aquellos que dedican su vida al servicio de los colombianos.

Se sigue evidenciando el uso reiterado de argumentos que han justificado durante años la estructura actual del sistema. Esta resistencia al cambio parece estar motivada presuntamente por la necesidad de proteger sus beneficios económicos, a expensas de la salud y el bienestar de la población. Los mismos discursos, que en el pasado han servido para eludir la responsabilidad sobre los fallos del sistema, resurgen en esta discusión, obstaculizando un verdadero diálogo sobre la transformación necesaria para garantizar una

atención de salud efectiva y equitativa.

Parece que toda gira en torno a los 92 billones que han recibido los intermediarios y sus clínicas. Hay una oposición férrea a que el sistema de salud disponga de información precisa y oportuna sobre la situación financiera. Durante años ha hecho lobby y financiado campañas políticas lo que explica su resistencia a la gestión eficiente de los recursos, sus trillados argumentos de insuficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) o el no pago de Presupuestos Máximos que solo corresponde al 5% del dinero para la atención, mientras el 95% de UPC lo reciben anticipadamente mes a mes.

Se oponen a mecanismos que permitan identificar oportunidades de ahorro financiero y a una administración efectiva de los recursos que ayude a mantener un equilibrio entre ingresos y gastos. “El monitoreo de indicadores financieros es vital, y es necesario establecer alertas cuando los recursos se desvían, poniendo en riesgo la estabilidad financiera. Asimismo, se requieren análisis de tendencias para identificar patrones problemáticos y prevenir fraudes mediante controles internos y auditorías regulares. La generación de reportes detallados facilitará la identificación de anomalías, el rastreo de transacciones y la conciliación de cuentas. Esto no solo permitirá evaluar el impacto financiero de diferentes opciones estratégicas, sino que también facilitará la identificación de oportunidades de crecimiento y áreas de mejora, apoyando así la planificación a largo plazo basada en proyecciones financieras sólidas” la estrategia ha sido -barrer la basura debajo de la alfombra-. Un costo que se mide no solo en pesos sino en vidas humanas y sufrimiento evitable” (2)

(1) 43 Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013 Public health stewardship and governance regarding the Colombian healthcare system, 2012-2013. André N. Roth-Deubel y Gloria Molina-Marín

(2) #DondeEstáLaPlata.com” Vicente Calvo

Las mesas técnicas: El delicado equilibrio entre la hipocresía y las buenas intenciones

Ana Maria Soleibe, Presidenta Federación Médica Colombiana.

Foto tomada de: Ministerio del Interior