

Imprimir

La sociedad colombiana se pregunta si con el diseño del actual sistema en salud se está en capacidad de responder adecuadamente a un hecho sobreviniente como la pandemia originada por el coronavirus COVID-19. Una respuesta a este interrogante, se encuentra en el documento suscrito por la Viceministra de Protección Social, María Andrea Godoy Casadiego y el Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios, Luis Alexander Moscoso Osorio, en el que se contesta el cuestionario de 17 preguntas enviadas al Ministerio de Salud y Protección Social por parte de los senadores de la Comisión Tercera del Senado para realizar control político previsto para la sesión del 27 de abril del año en curso. Se trata de un documento que, al analizarlo detenidamente, señala las deficiencias del modelo de aseguramiento basado en la intermediación, que conduce a serios problemas para encarar la crisis sanitaria y que, en últimas, agrava las condiciones de salud de quienes serán afectados por el virus.

Las medidas tomadas para enfrentar y mitigar la pandemia se derivan de la expedición de la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social. La “carta de navegación” de las políticas públicas adoptadas en esta crítica coyuntura están orientadas a “fortalecer el aseguramiento en salud y otras relacionadas con la salud pública y prestación de servicios”. Entre las disposiciones se encuentran algunas relativas a reconocimientos monetarios a los afiliados al régimen Subsidiado -RS, talento humano en salud, definición de una canasta de atención en salud, pruebas diagnósticas y financiamiento a las EPS.

Al crear dos regímenes en salud (contributivo y subsidiado) la Ley 100 de 1993 aceptó y mantuvo el alto grado de inequidad reinante en la sociedad colombiana. Los avances en equidad se han obtenido gracias a los pronunciamientos de la Corte Constitucional y al uso de la tutela garantizada por la Constitución de 1991. Las actuaciones de la Corte, orientadas a disminuir la inequidad, permitieron la expedición de sentencias como la T-760 del 2008 que determinó la igualación de los planes obligatorios de salud de los dos regímenes y contribuyeron a allanar el camino para la aprobación de la Ley 1751 del 2015, más conocida

como Ley Estatutaria en Salud, que elevó a norma el derecho fundamental a la salud.

A pesar de estos avances, el sistema de salud para pobres no cuenta con las prestaciones económicas que tiene el régimen contributivo -RC; por esta razón, entre las determinaciones del Ministerio para estimular el aislamiento preventivo se contempla que para “las personas que pertenecen al RS se realizará un reconocimiento equivalente a 7 días de smlv, por una sola vez y por núcleo familiar, los recursos disponibles ascienden a la suma de \$350.000 millones para los afiliados a este régimen. A los afiliados al RC se les cancelará el total de días que estén incapacitados de acuerdo con la normatividad vigente, y para el caso de la pandemia, el ADRES reembolsará a las EPS”. Esta medida de carácter temporal, sin duda ayudará a aliviar las condiciones de aquellos pobres que sean afectados por la pandemia, pero no está de más recordar que las madres gestantes y afiliadas al RS no tienen derecho a gozar de la licencia de maternidad.

Capítulo especial tiene la política del Ministerio en cuanto al talento humano que le hace frente a la crisis. Si bien, como se afirma en el escrito de los viceministros, se le reconocerá “por una sola vez una bonificación y corresponde a un porcentaje del IBC promedio por perfil profesional el cual será determinado por el Ministerio y se pagará por ADRES. Esta bonificación no constituye factor salarial y se destinarán recursos del orden de \$452.700 millones”. La forma de liquidación de este incentivo, asociado al ingreso base de cotización - IBC se convierte en una ayuda paupérrima. Como es bien sabido, una gran parte del personal de la salud tiene contratos por orden de prestación de servicios -OPS, es decir, su cotización a la seguridad social es sobre el 40% del salario estipulado en el contrato laboral, por lo tanto, la bonificación, cuyo porcentaje se desconoce, no incluye el 60% de los ingresos que recibe el personal de la salud.

Respecto a la pregunta ¿Cuál es la situación contractual del personal médico que está siendo contratado actualmente?, del cuestionario enviado por los congresistas, el texto del Ministerio refiere que “Los prestadores de servicios de salud tienen autonomía con respecto a la modalidad de contratación que ofrecen al personal médico y estos últimos tienen la libertad de aceptar o no las condiciones ofrecidas. No obstante, los prestadores a este

respecto deben adherirse a la normatividad vigente para la contratación de servicios de salud y del personal misional”. Tal afirmación muestra que la tecnocracia del Ministerio se inspira en los argumentos de la teoría neoclásica de la economía de la salud con su componente neoinstitucional basado en la consideración de unas finanzas eficientes y libres de riesgo moral[1], que concibe al mercado de trabajo como un mercado cualquiera.

Sin embargo, este mercado no puede ser analizado como un mercado de bienes común y corriente en donde las empresas ofrecen productos que compran los consumidores; en el mercado laboral son los individuos- y en este caso el personal de la salud- quienes ofrecen en venta su fuerza de trabajo y las empresas son las que la compran, en el contexto de una relación laboral jerarquizada. Como lo señala Julio Cesar Neffa (Teorías del mercado de trabajo): “no hay una simetría entre el poder de las partes, sino que los empleadores tienen siempre la iniciativa y la última palabra en materia de selección y reclutamiento, de la organización de la empresa, de la producción y de los procesos de trabajo, generando tensiones”. Si el Ministerio se valiera de otra perspectiva teórica y defendiera otros intereses, la tecnocracia podría responder que se debe generar trabajo decente para el sector médico y evitar la informalidad y precariedad laboral para garantizar un adecuado sistema de salud, aun si con ello se redujeran las ganancias del capital que explota el negocio de la salud.

En los considerandos del decreto legislativo 488 del 2020 se consignó “que se hace necesario implementar una serie de medidas coyunturales en materia laboral para disminuir la afectación que tendrá el nuevo Coronavirus COVID-19 en los trabajadores y en los empleadores”; en el artículo 5 se estipuló que las ARL “destinarán los recursos de las cotizaciones en riesgos laborales, de que trata el artículo 11 de la Ley 1562 del 2012 de acuerdo con la siguiente distribución: el 5% del total de la cotización para realizar actividades de promoción y prevención dirigida a los trabajadores de sus empresas afiliadas, que con ocasión de las labores que desempeñen este directamente expuestos al contagio del virus, tales como trabajadores de la salud tanto asistenciales como administrativos y de apoyo, al igual que los trabajadores del aseo, vigilancia y alimentación”. La norma obviamente no fue del agrado de Fasecolda, cuyos agremiados, de todas maneras, quedaron compensados con el decreto legislativo 558 del 2020, tal y como lo analizamos en *la Revista Sur* del pasado 24

de abril en el artículo *El decreto 558 del 2020 patentiza la fragilidad del sistema de ahorro individual*, que aborda el significado del traspaso a Colpensiones de los pensionados en la modalidad de retiro programado. El monto destinado por las ARL para el suministro de protección es cercano a \$24.500 millones mensuales, de ellos Bogotá recibirá el 38%, Antioquia el 13% y Valle el 12%.

Entre las características de la Ley 100 de 1993, además de convertir la seguridad social en un aseguramiento basado en el lucro, está la de separar la unidad de materia que tiene el campo de la salud con los riesgos laborales. Este último negocio posibilitó la participación del sector financiero en la administración del seguro y como lo señala Jairo Ernesto Luna: “permite que los recursos públicos sean fuente de ganancia para particulares y no cumplan sus propósitos centrales. Con la incorporación del modelo de competencia, el modelo se soporta en un fuerte papel de los corredores de seguros y en las estrategias de comercialización... Esto no solamente ha conllevado a orientar recursos para alimentar esta intermediación, sino que ha tenido un impacto muy negativo en el mensaje enviado a los empresarios en relación con sus responsabilidades de prevención en materia de seguridad y salud en el trabajo”[2].

Otro instrumento para fortalecer el aseguramiento es la *Canasta de atención en Salud*. Para ello, el Ministerio “definirá el conjunto de los posibles servicios y tecnologías en salud que requieren los pacientes con Coronavirus COVID-19 y los respectivos valores máximos de reconocimiento y pago; los cuales serán reconocidos por la ADRES directamente a las IPS que conformen la red de prestadores para la atención del COVID-19 de las diferentes EPS. Los pagos serán mediante anticipos y otros mecanismos que permita el flujo a otros prestadores, los cuales serán legalizados una vez a las EPS realicen las respectivas auditorías a la facturación”. Dicha canasta tendrá una fuente de financiamiento adicional a los recursos provenientes de la unidad de pago por capitación -UPC, equivalente a \$4.6 billones, que serán utilizados cuando las frecuencias de uso en las canastas se incrementen y no puedan ser cubiertas con la UPC y los presupuestos máximos. Estos últimos fueron reglamentados por las Resoluciones 205 y 206 del 2020 emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de autorizar a las EPS para gestionar y administrar los recursos destinados a

los servicios y medicamentos no financiados con cargo a la UPC, es decir, hay una anticipación de los recobros a la ADRES. En la resolución 206, manteniendo la discriminación, se estableció que la transferencia al RS representa el 17% de lo girado a las EPS del RC, a pesar de que cubren tamaños poblacionales similares.

Sobre las pruebas diagnósticas se decide que la ADRES centralizará las compras para realizar el tamizaje, para lo cual se destinarán \$20.000 millones, suma que se puede considerar insuficiente para controlar los efectos del COVID-19. A la salud pública se aplicarán \$32.000 millones, dirigidos a “los laboratorios de las entidades territoriales para el análisis de muestras y diagnóstico oportuno, al fortalecimiento de las redes de vigilancia epidemiológica a nivel nacional, así como ampliar la capacidad del Instituto Nacional de Salud”.

Garantizar la sostenibilidad de los hospitales públicos es otro propósito gubernamental y para cumplirlo se destinarán \$380.000 millones, provenientes del FOME, al pago de la nómina y de los servicios personales indirectos; igualmente, se contempla la entrega de alrededor de \$721.000 millones a fin de ampliar la capacidad instalada adecuando más camas hospitalarias, unidades de cuidados intensivos, compra de ventiladores y monitores, bombas de infusión, unidades portátiles de rayos X y dotación de elementos de bioseguridad. Es preciso tener presente que la insostenibilidad financiera de los hospitales se explica por un problema crucial derivado del actual modelo: las deudas entre los diferentes agentes del sistema (gobierno - EPS - IPS - entidades territoriales). Sin duda el monto de la deuda pende como una espada de Damocles en el sistema, y el personal de la salud es una víctima más en este laberinto de flujo de recursos.

Con la promulgación de la Ley 1955 del 2019 conocida como de punto final (conciliación y saneamiento de cartera entre agentes del sistema) la actual administración concluye un ciclo de medidas dirigidas no solo a reducir la deuda sino a establecer su monto. No obstante, la deuda registrada por la Superintendencia de salud es de \$34 billones y se estima que la ley en mención solo resuelve el 5% de las acreencias. Este panorama puede inducir al riesgo de que los giros del gobierno para atender la pandemia se dediquen a cancelar las acreencias tanto de las EPS como de las IPS, afectando los recursos para pagar los salarios atrasados y

los otros gastos que demande la pandemia.

La compra de cartera ha sido una de las vías exploradas para reducir los efectos de la deuda en el funcionamiento del sistema de salud. El artículo 9 de la Ley 1608 de 2013, con el ánimo de mejorar la liquidez de las IPS, estableció que los recursos de la subcuenta de garantías para la salud pueden ser usados para la compra de cartera reconocida y conciliada de las IPS con Empresas Promotoras de Salud. Por su parte, en el artículo 17 del decreto legislativo 538 del 2020 se adicionó un párrafo a la norma anterior: “Parágrafo. El pago de las operaciones de compra de cartera realizadas en el marco de la emergencia sanitaria, por parte de las Entidades Promotoras de Salud -EPS- del Régimen Subsidiado, podrá efectuarse en un plazo máximo de dos (2) años”. Para dicha finalidad se tiene prevista una apropiación de \$7000 mil millones “girados directamente a las IPS de conformidad con lo establecido en la Resolución 619 del 2020. Es importante aclarar que la ADRES descontará a las EPS deudoras el valor de las cuotas por pagar por la compra de cartera de los recursos que resulten”[3].

Disminuir la cartera a través del uso de las reservas técnicas fue otro mecanismo de beneficio financiero a las EPS. Tales reservas, que corresponden al dinero que guardan las EPS -y que corresponden a las UPC giradas con el objeto de realizar la atención en salud- para respaldar financieramente sus obligaciones de corto y largo plazo derivadas de los servicios prestaciones a sus afiliados, deben ser parte de un portafolio de inversiones de alta liquidez y seguridad. El dinero destinado a esa finalidad es de \$1.6 billones que “se deberán utilizar para disminuir las cuentas por pagar o deudas con las IPS y tecnologías financiados con la UPC”. De otra parte, \$2,17 billones se encauzarán a pagar la deuda por servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC, entre abril del 2018 y diciembre del 2019.

Al estar cerca de una cobertura universal de aseguramiento (a diciembre de 2019 registra un total de 47.846.363 afiliados, con una participación del 47.9% del RC, y 12.973.366 cotizantes en el RC y otros 1.127.707 en regímenes exceptuados), es de esperarse que con la crisis económica -que marcha pareja con los efectos del COVID-19-, la reducción de los ingresos de la mayoría de la población y la pérdida de empleos afecten en un primer

momento a los afiliados al RC, de modo que una parte de esa caída deba ser asumida por el RS, cuyas fuentes de financiación se mermarán sensiblemente. Este sería el marco para una discusión sobre la viabilidad de un modelo construido por el aseguramiento basado en el lucro.

Después de las anteriores consideraciones, se podría preguntar si ese fortalecimiento del aseguramiento en salud durante la presente crisis no repercutirá en el corto plazo en ahondar la debilidad del modelo. El gobierno dispondrá de una suma de \$6.8 billones girados por el Fondo de Mitigación de Emergencias FOME, de acuerdo con lo estipulado en el Decreto Legislativo 444 de 2020, parte de ese dinero provienen del Fondo de Pensiones Territoriales FONPET, deuda del gobierno asociada con el pago de pensiones. En general las políticas diseñadas para enfrentar la crisis sanitaria y económica se realizan por medio del crecimiento del conjunto de la deuda ya sea pública o privada. Este “tiempo de la deuda” impacta el déficit del gobierno que pasará del 2.8% del PIB (2019) a uno cercano al 6%; los hogares y las empresas también serán afectadas por el endeudamiento. La pregunta para formular sería ¿Qué sectores sociales se benefician con la forma como el gobierno hace frente a la crisis sanitaria? Como lo ha demostrado Wolfgang Streeck, en su libro *Comprando tiempo*, la deuda profundiza un régimen de acumulación financierizado, donde el grande beneficiario es el capital financiero, ese es el precio que se debe pagar por actuar en consecuencia con el sistema de creencias optado por la ortodoxia económica que rechaza la idea de que el Banco de la República le otorgue un crédito al gobierno.

[1] Para una ampliación sobre el sistema de creencias que ha justificado la Ley 100 de 1993 y sus posteriores reformas se puede ver la más reciente publicación del Grupo de Protección Social de la Universidad Nacional de Colombia, titulada *Poder político y mercado en las reformas a la seguridad social* (Decsi Arévalo, editora), en particular el artículo “Las reformas a la seguridad social, transformaciones en el sistema de creencias, el régimen de acumulación y el campo de poder”, escrito por Oscar Rodríguez S.

[2] Jairo Ernesto Luna. 2018. “El modelo de seguridad social en riesgo laborales: entre el seguro público y la administración privada”. En Decsi Arévalo (ed.), *Poder político y mercado en las reformas a la seguridad social*, Facultad de Ciencias económicas Universidad Nacional de Colombia, pág. 365.

[3] El objetivo central de esta Resolución era “establecer los criterios condiciones, plazos, garantías, para la compra de cartera a las IPS con cargo a los recursos administrados por la ADRES y su posterior pago por parte de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado en el marco de la emergencia sanitaria causada por el COVID-19.

Oscar Rodríguez Salazar, Profesor y miembro del Grupo de Protección Social. Universidad Nacional de Colombia

Foto tomada de: El Informador