

Imprimir

Los medios de comunicación, que parecen seguir las directrices de sus patrocinadores financieros, han difundido de manera amplia la notable crisis que actualmente aqueja a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en el territorio nacional, sin mantener el nivel de rigor que su función demanda. Estas EPS que en la actualidad desempeñan el papel de intermediarias en la administración de una suma que supera los 80 billones de pesos provenientes de fondos públicos destinados a la salud, han ocupado un lugar destacado en la agenda mediática.

Es llamativo como los medios de comunicación y las organizaciones médicas que se oponen a la reforma junto a los partidos políticos de oposición, omitan la óptica de los acreedores, especialmente de los hospitales públicos, a los que las empresas privadas, EPS, les deben \$346.596 millones a marzo de 2023, con atrasos que van desde 60 días a más de un año (más de 360 días), lo que demuestra que es necesario que el país conozca la otra cara de la moneda (ACESI. 2023)

Olga Lucia Zuluaga la directora Ejecutiva de la Asociación Colombia de Empresas Sociales del Estado. “afirma que las EPS utilizan estratagemas para dilatar el pago de facturas, utilizando las glosas como herramienta efectiva para envejecer las carteras, hasta el punto de convertirlas en difícil recaudo. La pregunta es ¿Quién asume estas deudas impagables?, ¿Es justo que los balances de los hospitales públicos tengan que ser castigados, generando malas calificaciones por gestión administrativa, por culpa de las irresponsabilidades de las EPS, por el no pago de las facturas? “

Tampoco se abordan los miles de quejas, (1.300.000 PQRS) presentadas ante la Superintendencia de Salud debido a la insatisfacción con los servicios médico. En este contexto, quiero citar a Martínez, Castro, Ordoñez, Valencia y Cuesta (2005, p.16) quienes cuestionan con pertinencia:” ¿Por qué se tolera un incumplimiento de contrato tan flagrante? ¿Acaso el dinero del Estado no tiene el mismo valor que los dineros privados? ¿Acaso no importa que no se presten los servicios? ¿Es el contrato de aseguramiento simplemente un formalismo, salvo en lo que tiene que ver con el giro de los recursos a los diferentes actores, pues nadie sanciona el incumplimiento evidente? Si no se garantiza un aseguramiento

efectivo, ni las EPS cumplen su función de agencia, garantizando la oferta y calidad de los servicios a sus afiliados (...) Si estos contratos no cumplen con el mismo propósito de todos los contratos en una economía de mercado, es decir, ¿la compra efectiva de un bien o servicio en unas condiciones de oportunidad y calidad preestablecida (...) Estas entidades simplemente estarían cumpliendo una función de administración y reparto de recursos públicos?"

En una carta enviada al gobierno, las EPS advierten sobre la precaria situación que enfrentan mas de 13 millones de afiliados y 34 mil empleados en el sector. En esta alerta plantean tres demandas fundamentales: la revisión del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que es la cantidad de dinero que el Estado entrega a las EPS por cada uno de sus afiliados cada mes de manera anticipada, sean atendidos o no, la cual consideran inadecuada para cumplir con el espectro completo de beneficios en salud , la ausencia de una distribución justa de recursos entre los diferentes actores involucrados ,y por último, la necesidad de saldar las deudas pendientes relacionadas con presupuestos máximos (financiación de servicios y tecnologías medicas no abarcados por los fondos de la Unidad de Pago por Capitación UPC, pero no excluidos de la financiación del sistema de salud)

Es fundamental destacar que la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se calcula de forma anual considerando los servicios y tecnologías médicas que deben ser cubiertas por esta asignación financiera. Además, se incorporan ajustes basados en factores de riesgo como la edad, el genero y la ubicación geográfica. La evaluación tarifaria realizada tiene un objetivo, establecer una prima adecuada para garantizar la atención integral de los ciudadanos colombianos dentro del marco del aseguramiento público y colectivo. Esto garantiza que ningún individuo en Colombia quede excluido y, en consecuencia, las Entidades Promotoras de Salud (EPS)son responsables de brindar atención completa, que abarca desde la promoción de la salud hasta el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos

Desde 2006, el Ministerio de Salud ha venido publicando la metodología para este cálculo, la cual se fundamenta en la recopilación, verificación y retroalimentación de los datos suministrados por la EPS tanto del régimen contributivo como del subsidiado. Estos datos son

sometidos a análisis de viabilidad. También se consideran ajustes que reflejan el impacto inflacionario, incluidas las variaciones mensuales del IPC lo que permite proyectar el costo de atención hacia niveles esperados en la asistencia médica.

Incluso el sistema cuenta con los análisis para la financiación de la enfermedad de alto costo con criterios como la carga de enfermedad, carácter permanente o crónico de la enfermedad, disponibilidad de guías de atención integral, posibilidades de prevención de la enfermedad, costo de la enfermedad para el Sistema de Seguridad Social en Salud. (ADRES)

El giro de los recursos del aseguramiento en salud se hace por pago mensual de afiliados, de acuerdo con la información entregada por las EPS del régimen contributivo y subsidiado, es decir, auto reporte. “Esta información reportada en la plataforma PISIS es cruzada con la liquidación mensual de afiliados, teniendo en cuenta los montos a girar a cada Institución Prestadora de Salud y proveedores de tecnología en salud, efectuando la dispersión final a los beneficiarios programados por las EPS” ... dentro de los primeros cinco días hábiles del mes al que corresponde la liquidación mensual de afiliados anticipado 30 días para garantizar el aseguramiento y la atención en salud de los asegurados.”

¿Es el desfinanciamiento la causa de la mala atención de los usuarios?

Durante el último año y como un hecho sin precedentes, se ha gestado un cambio profundo en la dinámica en relación a la inspección, vigilancia y control en el ámbito de la salud. Esta transformación aborda múltiples frentes de acción con el propósito de fortalecer el control que hasta ahora había sido deficiente o, en algunos casos, inexistente. Los entes de control coinciden en el estado de criticidad crónica del sistema de salud colombiano, en el cual se identifican por ejemplo un millón trecientas mil quejas de los usuarios por atención deficiente. Un preocupante 40% de estas quejas han requerido intervención inmediata por parte de la Superintendencia, ya que se presentaba un riesgo de muerte. Si bien esas personas están afiliadas a la EPS, no estaban aseguradas ni protegidas, agravado con inacción y complacencia dentro de las secretarías de salud departamental o municipal respecto a su rol de vigilancia y control, siendo esto un incentivo para el incumplimiento.

La Superintendencia de Salud encontró la existencia de situaciones como la concentración de pagos en algunas entidades prestadoras a quienes las EPS les pagan cumplidamente , pero también negación de atención medica u otros servicios de salud por lo cual hace un seguimiento con reporte de quejas y reclamos que se ajusta al numero total de afiliados que tiene la EPS, motivo y características específicas de los reclamos , indicadores de seguimiento de los PQRS e indicador de PQRS reiterada, porcentaje de reclamos que no tuvieron respuesta por parte de las eps , reiterado por el usuario y ajustada por tipo de motivo .

La Supersalud ha emitido la Circular Externa No. 2023151000000010-5, que establece una nueva clasificación de motivos para los reclamos y replantea los plazos para la resolución de peticiones, quejas y reclamos en el sector salud. Con este nuevo sistema, se busca clasificar los reclamos en tres tipos diferentes:

- Reclamos de riesgo vital: deberán ser resueltos en un máximo de 24 horas por parte de la entidad supervisora.
- Reclamos de riesgo priorizado: se espera que reciban respuesta en un plazo de 48 horas.
- Reclamos de riesgo simple: la resolución debe ocurrir en un máximo de 72 horas.

Establece unas acciones de acuerdo con la clasificación: 1. medidas de control para las EPS, 2. plan de mejoramiento para las EPS, 3. Comunicación o requerimiento para la explicación por fallas en el desempeño en atención al usuario. las 30 EPS se encuentran bajo estricto seguimiento, dejando a un lado su histórica condición de entidades intocables. Esta medidas busca “generar una respuesta más oportuna, eficaz y con capacidad resolutive y que el usuario que pone la queja pueda monitorizar su recorrido, buscando que se tenga una orden inmediata de atención apenas se coloque el reclamo, de tal modo que se garantice la defensa del derecho a la salud” (Ulahy Beltrán)

Además, se busca fortalecer el control, que actualmente es insuficiente e incluso inexistente en algunas situaciones, dentro del marco normativo y respetando la Constitución, las jurisprudencias y la sentencia T760 del 2008. La ley estatutaria 1751 del 2015 define el marco reglamentario de la salud.

Uno de los aspectos más importantes realizados por la actual Supersalud es la propuesta de compartir periódicamente la información con la Contraloría General de la República. El objetivo de esta medida tiene dos resultados en términos de acciones emprendidas por parte de la entidad de control: determinar si hay detrimento patrimonial y en caso positivo, ordenar el descuento de la UPC del valor del servicio o tecnología negado al usuario y acto seguido de una investigación sobre el o los funcionarios que negaron el servicio. Otro segundo aspecto importante es la investigación del estado real en el que se encuentran las cuentas por cobrar y por pagar. Por cobrar tanto de las EPS a la ADRES, como por pagar de las EPS a las clínicas y hospitales (IPS), que son las que concentran la protección del derecho a la salud de millones de afiliados.

Surge la sospecha si esta desfinanciación de las EPS es una realidad o más bien un método de presión directamente relacionado con la reforma estructural al sistema de salud, que busca eliminar la intermediación financiera y nos conduce a reconocer las fallas estructurales del sistema, como la integración vertical. Esta última podría explicar la disparidad en la distribución de los pagos efectuados por las EPS, favoreciendo de manera selectiva a ciertas clínicas, mientras que los hospitales públicos enfrentan retrasos en sus compensaciones.

La organización institucional del sistema de salud en la ley 100 de 1993 determinó la especialización vertical en la lógica corporativa que tiende siempre a una mayor integración para lograr eficiencia; el sistema de salud no está exento. Se propició la integración vertical entre aseguramiento y prestación de servicios, aunque públicamente se hablara de la separación de aseguradores y prestadores, hubo allí un doble mensaje. La integración vertical hizo parte de la propuesta de la ley 100 confirmado en el artículo 179, sobre el campo de acción de las EPS: "Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus Afiliados, las Entidades Promotoras de Salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras de Salud y los profesionales "

Este tema resulta especialmente sensible cuando la representación del afiliado que tiene la EPS riñe con los intereses de esta, cuando las IPS son de su propiedad "En un conflicto entre paciente y prestador de servicios (hospital o clínica), por tema de calidad u oportunidad de la

atención ¿De parte de quien se pone la EPS, del paciente o de su propia empresa? Además, es importante enfatizar que uno de los argumentos más usados por los opositores a la reforma es la “libertad de elección de los usuarios” sin embargo se omite mencionar que la integración vertical se convierte en una práctica de negación evidente de este principio.

A lo largo de tres décadas, ha prevalecido una sorprendente tolerancia hacia la integración vertical, las regulaciones como la limitación de la contratación con empresas propias tiene poca eficacia. Cuando los hospitales afectados presionaban por contratos que no se les otorgaban, los administradores de las EPS hacían una rápida visita a las notarias para maquillar el nombre o la estructura accionaria de sus subsidiarias para afirmar que ya no había integración vertical de negocios (Martinez,2019. P.255)

La Contralora General de la República (Morelli) se preguntaba: “Y que decir de la mal llamada integración vertical que no constituye nada distinto que la apropiación indebida, por parte de los operadores de salud de recursos destinados a atender el servicio y que, sin embargo, se aplica de manera inmediata sin esperar si al final del ejercicio, se produce o no utilidades, adquirir bienes o no con la prestación del servicio, a nombre directamente del operador privado. Las EPS también se autoabastecen de sociedades comerciales de parientes de sus administradores, con lo cual los bienes y servicios requeridos, resultan más costosa para el usuario final” (2012, p.113)

Las EPS son negocios de especulación financiera donde presuntamente se derivan rentabilidades producto de retrasar los pagos a los prestadores y poner a rentar estos recursos en el sector financiero. Algunas entidades sin animo de lucro, tanto del régimen contributivo como del subsidiado han tenido comportamiento rentista en los que no interesa la utilidad de la EPS, sino la utilidad de los negocios derivados integrados verticalmente, como capitación con entidades propias, compra de medicamentos o insumos, servicios de ambulancia, procedimientos de alta complejidad etc. (Universidad Nacional,2011, p116)

“Este arreglo institucional del actual sistema de salud encontró la relación entre el manejo de unidades de capitación (UPC), integración vertical y el comportamiento rentista consecuente.

A estas entidades les interesa manejar grandes cantidades de dinero para derivar ganancias a través de negocios secundarios, ya que del negocio principal legalmente no se puede generar utilidades. En consecuencia, las EPS no tienen incentivos para ahorrar recursos al sistema y por el contrario, procuran gastar la totalidad de lo recibido (...) Por ello, cuando alguno de estos empresarios reciben la chequera del Estado (EPS con los recursos de sus afiliados), derivan los recursos de la salud hacia sus negocios integrados verticalmente y no les importa quebrar a las EPS; finalmente, después de exprimirla, el cascaron se lo dejan vacío y con deuda al Gobierno y este les ayudó a construir nuevas EPS que arranca sin deudas (una nueva chequera), a la cual exprimen nuevamente hasta agotarla, así han repetido el negocio (Martínez, F., 2016)

Se identifica una necesidad imperante, un anhelo profundo de una transformación integral en el sistema de salud. Una reforma coherente con los preceptos establecidos en la ley estatutaria 1751 del 2015. Su objetivo primordial es garantizar la efectiva materialización del derecho fundamental a la salud, al mismo tiempo que salvaguardar los derechos laborales de los trabajadores. Un pilar fundamental en la reconfiguración es la transparencia en la administración de los recursos públicos destinados a la salud, equidad en el acceso a los servicios de salud y tratamientos. Así, entretejido en este propósito, late también el respeto inquebrantable por la fragilidad y el valor insustituible de cada vida

Arévalo, D. (2019). El poder político y el mercado en las reformas a la seguridad social. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional

Superintendencia nacional de salud. (2023)
<https://www.supersalud.gov.co/es-co/Paginas/Home.aspx>

Ana María Soleibe Mejía, Presidenta Federación Médica Colombiana

Foto tomada de: El Nuevo Día