

Imprimir

En medio del maremágnum de conjeturas y de informaciones que van y vienen, el país se ha visto enfrentado a diversas situaciones que no conocía o daba por hecho. El sistema de salud, que fue instaurado hace 30 años requiere ser reformulado: médicos y pacientes así lo piden, pero el miedo cunde cuando se dice que van a acabar lo poco que una parte de la población tiene y otra menos accede. Pero el tema principal debe ser la salud y no un negocio que mueve más de 73 billones de pesos en el año.

Parece sencillo, pero no lo es. Lo normal es que la gente crea que va a la EPS (Empresa Promotora de Salud) que se encarga de garantizar la cobertura y acceso a los servicios de salud del ciudadano que contribuye con sus aportes al sistema o incluso si pertenece al régimen subsidiado. Pero en realidad va a una IPS (Institución Prestadora de Salud) que es la que se encarga de brindar los servicios de salud que requieren las y los ciudadanos, es la institución que en realidad opera el sistema y en ellas trabaja el personal de la salud en Colombia. El 80% de la IPS son empresas privadas.

Las IPS son contratadas entonces por las EPS para que atiendan a su público afiliado, de esta manera una IPS le puede prestar servicios a diferentes EPS. También hay IPS que se llaman igual a la EPS, son parte de ellas. Es decir, hay conglomerados económicos que tienen una EPS y una red de IPS para atender a sus afiliados. Así, la EPS X contrata inicial y prioritariamente con su IPS socia (del mismo grupo económico) y si es del caso, puede contratar a otras IPS para ampliar sus coberturas y servicios, hecho que no siempre ocurre, de allí a que haya que esperar un buen tiempo para poder acceder a una cita con un especialista determinado. Las agendas se copan durante meses y si bien existe cobertura ello no implica poder acceder al servicio solicitado, al derecho a la salud.

En realidad, es menos enredado de lo que parece, aunque la confusión sea lo normal en nuestra sociedad. De esta manera las EPS son intermediarias entre el Gobierno y las IPS que son las que realmente atienden a quien lo necesita. El sistema se financia con recursos del presupuesto público que es quien soporta el proceso, más el aporte de los contribuyentes, es decir, empleados y los empleadores que pagan por aquellos trabajadores que ganan más de 10 salarios mínimos, es decir, por el 1% de la población trabajadora y los aportes de las y los

trabajadores independientes.

Las EPS son entonces entes que se encargan de administrar que un grupo determinado de usuarios puedan acceder al servicio, y esto evidentemente tiene un costo, que es el que cobran por realizar no solo la gestión del servicio, sino que están comprometidas a otras labores que no necesariamente realizan a plenitud. En este proceso deben además hacer promoción y prevención y garantizar algo que es también confuso, el aseguramiento, que tiene que ver con gestión de riesgos tanto financieros como de acceso y calidad al derecho de la salud.

Esto si bien se cumple parcialmente, también es cierto que solo unas pocas, se dice por parte de la Supersalud que cinco, las demás no cumplen los mínimos solicitados y deben ser liquidadas, de hecho, ya hay 16 en proceso de liquidación y 11 en intervención forzosa. El sistema tiene 30 EPS activas e históricamente la cifra de EPS liquidadas es alta. Obviamente las 5 que cumplen han manifestado la imposibilidad de atender a nuevos usuarios, así que el problema del aseguramiento es complejo y queda como obligación del gobierno nacional responder por él.

Ahora bien, el Minsalud ha manifestado que en 600 de los 1123 municipios del país (53.4%) hay zonas rurales sin puestos de salud, y en 300 de ellos no se cuenta con una sala de partos. La salud rural se debe comprender entonces a partir de las enormes brechas socioeconómicas que son características de nuestra realidad.

El tema obviamente empieza por los mercados de trabajo que en la ruralidad son informales en un 86%. Pasa por las condiciones de saneamiento básico, así como al acceso del agua potable, la prevención, la salud reproductiva y la salud mental, en zonas históricamente golpeadas por la guerra. Adicionalmente, la ruralidad es el escenario de las carencias infraestructurales, de vías, de energía, así también de las más apremiantes condiciones de desnutrición y muerte por desnutrición en niños y niñas menores a 5 años. En la Colombia profunda, el tema de la salud es aún mas complicado que en las zonas pobres y vulnerables de las ciudades, y esto ya es mucho decir, la salud rural no ha tenido doliente.

Las EPS que han logrado funcionar en Colombia lo han hecho fundamentalmente a través de su atención en grandes e intermedias ciudades. Son las que pertenecen a conglomerados económicos, disponen de programas adicionales de medicina complementaria y medicina prepagada, pero ante todo es porque han logrado constituir una estructura de IPS que soportan su accionar y les permite atender a una cantidad limitada de usuarios.

No es un secreto que en estos 30 años se han dado importantes avances en la salud en Colombia, pero también son significativas las brechas rurales y urbanas, así como las dificultades de acceso y calidad, aun a pesar de estar inscrito o de tener cobertura en el sistema. En últimas el indicador que se muestra es el de cobertura y esto infla los logros del modelo de salud. El tema de las EPS ha llegado a un límite como intermediarias y deben transitar a convertirse en lo que realmente son: casas matriz de IPS que pueden prestar sus servicios directamente al Sistema de Salud sin que medie intermediación.

Un detalle muy importante en términos de economía: todas las empresas en Colombia, y en particular las transnacionales, deben demostrar que los precios que pagan a sus empresas asociadas y a su matriz responden a condiciones de mercado y competencia. Hasta donde me ha sido posible investigar, esto no ocurre entre las IPS y la EPS matriz, así que hay libertad de precios entre la EPS con su IPS socias, lo que aumenta el riesgo de transferencia de recursos vía gastos. Igualmente, la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que es el pago anual por afiliado reconocido por el Sistema a la EPS para cubrir el Plan Obligatorio de Salud, ha sido tradicionalmente calculado por el Ministerio a partir de la información directa de las EPS y no ha obedecido a estudios rigurosos de mercado.

Si bien en las ciudades el acceso a la salud no está plenamente garantizado, en las zonas rurales la situación es mucho más crítica. El crecimiento y el desarrollo presente y futuro del país pasa necesariamente por hacer de nuestra ruralidad espacios viables para la vida humana y natural. El pacto de las ciudades por una ruralidad virtuosa tiene en la salud un componente esencial, es hora de retomar lo aprendido para hacer realidad el derecho integral a la salud.

¿Y usted va a la EPS o a la IPS? ¿Y en la ruralidad?

Jaime Alberto Rendón Acevedo, Director Centro de Estudios e Investigaciones Rurales
(CEIR) Universidad de La Salle.

Foto tomada de: El Colombiano