



El debate legítimo y necesario para el país sobre la reforma a la salud debe ponerse al servicio del interés general y no de intereses particulares: reflexiones a propósito del comunicado “*cuidemos la salud de todos los colombianos*”

Frente al llamado de algunas universidades de Antioquia “a preservar y fortalecer el sistema de salud como un patrimonio compartido”, los decanos del Área de la Salud y el Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, expresan a la opinión pública su distanciamiento de los argumentos presentados por este sector académico y propone al Congreso de la República, al Gobierno Nacional y a la sociedad en su conjunto, profundizar el debate sobre la reforma presentada por el gobierno nacional, a la luz del mandato establecido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 que regula el derecho fundamental a la salud.

Las universidades tienen compromisos y responsabilidades en el debate público respecto de temas estratégicos, fundamentales para el devenir de las sociedades a las que estas pertenecen. La especificidad del carácter universitario exige, en cualquier circunstancia, proponer al país la construcción de escenarios razonables de deliberación que permitan reconocer con claridad las distintas posiciones e intereses que entran en juego en el debate público y, desde luego, asumir, que en la propia Universidad hay siempre posturas determinadas por visiones de sociedad y valores, así estas se presenten bajo un cariz de neutralidad científico-técnica.

El debate sobre la transformación del sistema de salud en Colombia ha sido particularmente álgido y difícil porque, desafortunadamente, existe un ánimo intencionadamente polarizante, hecho que dificulta aún más la deliberación que sobre este tema merece el país. En este escenario resulta particularmente significativo discutir las principales consideraciones del comunicado “*Cuidemos la salud de todos los colombianos*”, suscrito por importantes instituciones privadas de educación superior del departamento de Antioquia, al que se sumó el vicerrector de la Sede Medellín. Estas consideraciones ya habían sido señaladas desde hace varios meses por las principales EPS del país y por las fuerzas políticas que se

oponen al proyecto de reforma que actualmente tiene curso legislativo en el Congreso de la República.

Contexto del debate

Desde hace cuatro décadas el país viene experimentando una profunda transformación en la arquitectura institucional del Estado y en su lógica de relacionamiento con los distintos agentes de la sociedad. Las reformas de principios de los años 90, de un claro corte neoliberal, promovieron que el Estado se retirara de la provisión directa de servicios y orientara la gestión de los recursos públicos hacia la intermediación privada, representada principalmente en las grandes corporaciones y en el sector empresarial, con la anunciada pretensión de garantizar transparencia, eficiencia y equidad en la mencionada provisión servicios, como los relativos a la atención de la enfermedad.

Este modelo se profundizó en el sistema de salud colombiano a partir de la Ley 100/93 y marcó la emergencia de una hegemonía teórico-ideológica derivada de la economía neoclásica que, en el marco del actual debate, se erige como pensamiento técnico, neutral y único, y configura un cierto “sentido común” entre la tecnocracia que fue encargada de dirigir el Estado.

Es evidente que el país se ha transformado, pero también que el actual sistema de salud, en su lógica de operación, ha perpetuado la existencia de inequidades en salud, en el orden social y territorial, y ha generado barreras de acceso a los servicios claramente documentadas en la literatura y en las miles de tutelas por esta razón. A pesar de lo señalado en el pronunciamiento de las universidades sobre el acceso a servicios para la población más pobre, se olvida que el 78,4% de los municipios del país tiene un índice de acceso real a los servicios de salud muy bajo o bajo, como lo demostró el Observatorio Nacional de Salud en su informe de 2019¹. De otra parte, el grupo internacional que evalúa la carga de enfermedad en el mundo (GBD, por la sigla en inglés), en el seguimiento de la mortalidad evitable,

¹ <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia.pdf>

es decir, aquella que no debería ocurrir si hay acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud, entre 1990 y 2015 encontró que Colombia está en el lugar 81 entre 195 países².

Entre los “buenos resultados” reportados en la evidencia construida desde el pensamiento neoclásico, se tiende a esquivar un examen cuidadoso y de tendencia sobre las inequidades persistentes en salud. La esperanza de vida mejora, pero se omiten diferencias al interior de las propias ciudades y entre regiones, y entre lo rural y lo urbano. El promedio de gasto de bolsillo (lo que cada familia gasta en salud) ha disminuido, pero se ocultan también grandes diferencias entre grupos poblacionales y territorios. En estudio reciente de un grupo de economistas de la salud en Cartagena, se encontró que para los más pobres, este gasto significa cerca del 15% de su ingreso, mientras que para los de ingresos altos es del 7%³.

En síntesis, estas tres décadas han configurado un orden estructural de inequidades en salud, resultado del modo de operación y evolución del sistema, acompañado del deterioro continuo de la red pública en salud, pero también de la capacidad de regulación y dirección del Estado en el orden territorial y nacional.

Más allá de los pretendidos “ranking”, la realidad del sistema de salud es obstinada y contrastante con la evidencia que soporta la visión neoclásica que intenta dominar el debate, evidencia que forma parte del núcleo argumental del Comunicado suscrito por algunos centros de educación superior, que adoptó el título de “*cuidemos la salud de todos los colombianos*”.

Sobre los enunciados centrales del comunicado en cuestión

1. La falta de liquidez de las EPS.

En el Comunicado se considera, como lo expresaron previamente las tres grandes EPS, que hay una iliquidez en el sistema debido a que, por un lado, la Unidad de Pago por Capitación (UPC) “ha presentado insuficiencias sustanciales y persistentes en su ajuste anual”. Y por

² <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28528753/>

³ http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642018000500591

otro, que el presupuesto de la Administradora de los Recursos de la Seguridad Social en Salud (ADRES) en 2023 “es inferior en un 50% a lo que se requeriría para mantener la asignación de presupuestos máximos de 2023”. No obstante, en la respuesta entregada por el equipo del Ministerio de Salud y Protección Social y de la ADRES en agosto pasado se puede evidenciar que se han aplicado todos los criterios para el cálculo de la UPC desde 2008. Estos incluyen el seguimiento de las actividades y usos de servicios, los ajustes por encima de inflación, los mecanismos de compensación para enfermedades de alto costo y los reconocimientos adicionales para cubrir los servicios relacionados con Covid-19, mientras disminuía el uso de los servicios durante la pandemia y se pagaban las UPC mes a mes a las EPS. Durante la pandemia, fue el pagador único, que es la ADRES, el que cubrió los costos. Y, al contrario, en un estudio reciente se encontró que el esquema de aseguramiento, que separa pobres, no pobres y ricos, fue la variable que más explicó las inequidades en las muertes por Covid-19⁴. Quedó claro entonces que no había bases para afirmar que la UPC es insuficiente⁵.

Respecto de las deudas por el mecanismo de presupuestos máximos, el detalle de este rubro muestra que las tres grandes EPS han radicado cerca de \$5,9 billones de pesos, de los cuales se han auditado \$5,75 billones; pero el monto glosado es de \$1,6 billones y el monto anulado es de \$443 mil millones⁶. Es claro que no todo lo que se radica como cobro está bien justificado, de manera que no se puede culpar al pagador público por hacer auditorías cuidadosas. Al contrario, las EPS tendrían que explicar por qué la proporción de glosas y anulaciones es tan alta.

2. La reforma significaría un retroceso en cobertura y costo para los usuarios

A través de diferentes comunicados como el “cuidemos la salud de todos los colombianos”, se afirma que puede haber “retroceso significativo, que impactaría los avances en cobertura y el costo para los usuarios”. Esto debido a la manera de entender el aumento de la demanda que presiona el contenido del plan de beneficios, en la lógica del aseguramiento individual. Se trata de controlar el gasto frente a una demanda creciente, sin pensar en

⁴ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35977331/>

⁵ Ver: Administradora de los Recursos de la Seguridad Social en salud (ADRES). “Respuesta solicitud de las EPS Sura, EPS Sanitas y Compensar EPS, de acuerdo con el radicado del Ministerio de Salud y Protección Social N° 202342301804192”. Radicado No.: 20232100826191 Fecha: 2023-08-18 10:33, p. 18.

⁶ Ibid., p. 35.

prevenir o promover la salud de las personas y comunidades. Aunque hablan de “gestión del riesgo individual en salud”, esto no se ha visto. El mejor ejemplo es el bajo promedio de controles prenatales de las gestantes y las enormes desigualdades regionales y étnicas, a pesar de que se recomiendan ocho controles y ya están incluidos en la UPC. En cambio, si se acercan los servicios a las necesidades de las poblaciones en sus territorios cotidianos de vida, como se pretende con el despliegue territorial de la APS, es mucho más fácil promover la salud y prevenir complicaciones, como lo han demostrado muchos países y como propone de proyecto de ley presentado por el Gobierno.

De otra parte, al parecer les interesa a los académicos neoclásicos controlar la “selección adversa” que, desde su perspectiva, resulta de la mayor demanda de servicios a los prestadores que mejor calidad ofrecen. Sin embargo, este no es el resultado de las decisiones del paciente, sino de las mismas EPS. Incluso, se ha demostrado que las “cuotas moderadoras” que supuestamente controlan el sobreuso de servicios por parte de los afiliados, está produciendo retrasos en la atención y muertes evitables⁷. Por otra parte, el modelo de aseguramiento ha concentrado la prestación en unas pocas instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que se concentran en las grandes ciudades, abandonando la oferta de medianas y pequeñas ciudades y, más aún, del área rural.

3. Preocupación por la sostenibilidad financiera del sistema y la administración de riesgo

El comunicado mencionado hace un llamado al Gobierno para que “cumpla con su obligación de garantizar la financiación sostenible de los servicios de salud”. Para ello, insisten en “la actualización del Plan de Beneficios en Salud (PBS), el ajuste de la UPC, y el cálculo de los presupuestos máximos”. Es decir, lo mismo que piden las grandes EPS. Esto ocurre porque desde el modelo de delegación de la administración de los recursos debe haber un plan de beneficios costo-efectivo que se paga con una UPC y, además, un pago de todo lo que quede por fuera de este plan. Si se elimina esta entrega de los recursos públicos a los intermediarios, no hace falta definir un plan de beneficios.

⁷ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.03.21252857v2.full>

En contraste con esa solicitud de los firmantes del Comunicado, la Ley Estatutaria 1751/15 estableció, en su artículo 15, que solo habría “exclusiones explícitas” y no un plan de beneficios explícito. En sentido estricto, el actual sistema de aseguramiento va en contra de este mandato. Por esta razón, la propuesta del gobierno se centra en fortalecer el papel de la ADRES como administrador y pagador público único y directo a todos los prestadores, sean públicos o privados, para organizar las redes integradas e integrales de manera territorial, aproximar los servicios a las necesidades de la población, más que esperar la demanda de servicios, y realizar una verdadera promoción de la salud, prevención y atención integral de la enfermedad y la discapacidad. Con ello se pretende disminuir el sufrimiento y la muerte evitable, y avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud, superando las profundas desigualdades acumuladas.

En la perspectiva neoclásica de la economía de la salud que soporta el Comunicado, solo se piensa en la “administración de los riesgos” -valga decir, más financieros que de salud-, “sistemas de contratación adecuados” e “incentivos correctos para propiciar la eficiencia”. Nada más útil a una lógica de control del gasto y de garantía de las ganancias. Pero los sistemas de salud deben pensar en garantizar la mejor respuesta, la más oportuna y equitativa posible a las necesidades de la población, atendiendo a sus condiciones de vida. Y esto se puede lograr con el enfoque territorial que ordena todo el proyecto de ley de reforma que cursa en el Congreso de la República.

El argumento de “las pérdidas cercanas a \$5.6 billones y la cartera en riesgo de las IPS” debe profundizarse. La deuda entre EPS e IPS es una transferencia del riesgo financiero hacia los prestadores, que tiene que ver con el control del gasto de la UPC para garantizar las ganancias de las EPS. En esa búsqueda de ganancias opera el mecanismo de integración comercial, más que vertical, entre administradores, prestadores, proveedores, formadores de personal y demás, para conformar grandes conglomerados económicos. Esto ha hecho que, mientras las EPS se declaran en quiebra y amenazan con la crisis de desatención, sus grandes IPS concentradas en las ciudades muestran ganancias nada despreciables y la red pública se declara en riesgo fiscal y financiero, porque las EPS del régimen subsidiado deben enormes cantidades de dinero y las del régimen contributivo no contratan con los hospitales públicos, aunque su afiliado viva en frente del hospital.

Es hora de sincerar las cuentas. Las EPS reportan la información que ellas mismas deciden a la Superintendencia Nacional de Salud. Es necesario, por ejemplo, que sean transparentes

sobre la relación entre las reservas técnicas y sus patrimonios. Saludcoop fue el mejor ejemplo de integración comercial y desvío sistemático de los recursos públicos de las UPC, que no pueden ser considerados recursos empresariales privados. La UPC es un recurso de la seguridad social (parafiscal y fiscal) con destinación específica, pero se ha usado como póliza privadas y esto es ilegal e inconstitucional. Tampoco es clara la integración por parte de las EPS de los recursos de la UPC con los de la medicina prepagada y los seguros comerciales de salud. Existen visiones diferentes, pero también intereses creados por medio de la entrega de recursos públicos a particulares.

Debatamos sobre la reforma a la salud. Pero hagámoslo con todos los elementos de juicio sobre la mesa. Es un debate técnico, pero, al mismo tiempo, político, ideológico y económico, cuyo fin último sea brindar acceso equitativo a la atención integral en salud, de manera oportuna y de excelente calidad para todos los colombianos.



GLORIA MABEL CARRILLO GONZÁLEZ

Decana, Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia



JOSÉ FERNANDO GALVÁN VILLAMARÍN

Decano, Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia



JOSÉ MANUEL GONZÁLEZ CARREÑO

Decano, Facultad de Odontología
Universidad Nacional de Colombia



MARIO ESTEBAN HERNÁNDEZ ÁLVAREZ

Coordinador Doctorado Salud Pública
Universidad Nacional de Colombia