

La forma en que la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social presentan las cifras oficiales sobre el desembolso de recursos a las EPS, evidencia la práctica de entregar dineros sin ninguna contextualización sobre su destino final. A estos actores tampoco les interesa reflexionar acerca de la efectividad de las medidas que aplican o de las reformas que impulsan en el sector. Así se desprende de la investigación de maestría en Ciencias Económicas de Nelly Marcela Polanía Álvarez, en la que ratifica la delicada situación de la salud en Colombia.

Bogotá D.C., noviembre 26 de 2015 (Comunicaciones FCE - CID). El desfinanciamiento del sistema de salud en Colombia es noticia de todos los días: hospitales con inminente cierre por falta de recursos, pacientes muriendo en los pasillos y políticos interesados en mantener el *statu quo* de las EPS. Lo que al ciudadano no le queda claro es cómo se despilfarran los dineros ante la ‘vigilancia’ de los entes de control y el Gobierno. Es por eso que Nelly Marcela Polanía Álvarez, en su tesis de Maestría en Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia, se propuso abordar el tema desde el análisis de la información financiera que centraliza la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Si bien, no es una sorpresa que detrás del manejo de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) exista una compleja red de intereses, lo que sí asombra es la evidente falta de verificación estatal sobre el uso que hacen estas entidades de los recursos públicos.

“Aunque mi trabajo parte de información financiera, logra consolidar una base teórica que muestra claramente cómo el modelo colombiano busca favorecer el negocio de las EPS. Es claro que se les otorga una posición de poder muy importante en la que pueden manejar los recursos sin ninguna restricción y dilatar los pagos de los servicios de salud a las IPS. Además, se observa que lamentablemente las reformas legales impulsadas por el Gobierno, a pesar de los escándalos de corrupción, no han servido para reducir su poderío sino, por el contrario, para mantenerlo”, describe la graduanda.

Un sistema desvirtuado

Cabe recordar, sustenta Polanía, que el sistema de seguridad social en salud implementado en Colombia, mediante la Ley 100 de 1993, aplicó el modelo de pluralismo estructurado, cuyo principal propósito es que el aseguramiento sea una medida efectiva de protección a la salud.

Se supone que funcionaría como un seguro convencional, el cual constituye una forma de solidaridad que incluye mecanismos de prepago y distribución del riesgo entre las personas. Esto implica que todos aportan y aquel que enfrenta un siniestro queda protegido.

La economista de la UN asegura en su tesis de maestría que un sistema de seguros funciona bajo la lógica de repartir el costo de un siniestro entre todos los asegurados, sin importar el monto. Pero en la salud no ocurre así, ya que hay casos en los que no se puede distribuir el costo que genera la atención de ancianos, pacientes o intervenciones de alto valor monetario; estos, por lo general, suelen ser rechazados y excluidos del aseguramiento.

Enfatiza en que al aplicar la lógica de los seguros en el sector de la salud no habría paciente, servicio o cirugía que fuese costoso, pues este se distribuiría entre los millones de habitantes que pagan la póliza. “El problema entonces no es el seguro, sino que en el sector salud falta desarrollar seguros”, dice Marcela, apoyada en la revisión teórica sobre el tema.

Argumenta, asimismo, que el concepto de seguridad social (además del mecanismo de seguro) incluye un acuerdo social que implica que asegurarse fortalece el derecho de ciudadanía, y que hay que separar la capacidad de pago del riesgo. De esta forma, la póliza se paga de según la capacidad de cada usuario, generando un fondo con un paquete de riesgos universal. Esto permite que se haga una distribución correcta, siendo solidario en el pago, pero equitativo en el acceso al servicio, pues es un derecho para toda la población.

Polanía agrega que, desafortunadamente, con la implementación del nuevo modelo de aseguramiento en Colombia se perdió esta concepción al pasar de seguridad social como derecho, a un producto por adquirir en el mercado. Lo grave, dice, es que existe un Estado débil e incapaz de intervenir de manera exitosa el sector para limitar el avance de las empresas privadas, como lo han denunciado diversos expertos en el tema.

En el lado opuesto, dice la futura magister, está la lógica de la salud pública, pues quien se asegura, y a un bajo costo, es el Estado ante un riesgo social que puede incrementar la morbilidad. “Es claro que debe ser una función del Estado porque un individuo no tiene incentivos para comprar un seguro de promoción y prevención, pues se caracteriza por una atención primaria que funciona bajo el esquema de costo-efectividad, diferente al costo-beneficio del aseguramiento”. Sin embargo, añade, los esfuerzos de reforma en Colombia se han orientado a entregar esta función a las empresas privadas, que operan bajo la lógica del aseguramiento por lo que, como es de esperarse, la salud pública se ha debilitado.

Los espejismos

El trabajo de la economista exploró, en específico, una medida que se ha escuchado bastante entre la opinión pública que es el giro directo, el cual supuestamente significaba que el Ministerio de Salud y Seguridad Social giraría los recursos de forma directa a los hospitales para evitar la intermediación financiera. Sin embargo, al revisar con detalle las normas relacionadas con esta figura, halló que de todas formas las EPS siguen teniendo la potestad para autorizar los montos que se envían a los hospitales.

“Esa normatividad es desconcertante. Uno lee el acuerdo y las circulares del MinSalud que lo reglamentan y ahí se dice, sin ningún tapujo, que son las EPS las que autorizan los montos y el listado de las Empresas Sociales del Estado (ESE) a las que se les debe girar. También sorprende encontrar que la principal dificultad de estos hospitales son las deudas acumuladas, y esta medida (la de giro directo) que se presentó como la solución al desfinanciamiento, prohíbe cubrir deudas; solo se pueden pagar obligaciones de la vigencia fiscal en curso. Entonces, es una medida que no va a solucionar el problema”, explica Polanía.

La investigadora aclara que la mayor limitación de la tesis fue la recopilación de información, precisamente porque el Ministerio de Salud y la Superintendencia emiten datos parciales, sin profundidad y porque es muy probable que lo declarado por los municipios ante dichas entidades contenga cifras maquilladas o incompletas.

Un tema que también es preocupante en el país, concluye Polanía, es lo que sucede con el régimen subsidiado de salud en muchas regiones, expuesto a fenómenos como el clientelismo, el pago de favores políticos y el lobby, hechos que no son fáciles de estudiar debido a que todo se hace bajo la mesa. La invitación que hace la egresada de la UN es que más personas se atrevan a investigar esta clase de situaciones sociales y ayuden a develar y hacer públicos los hechos de corrupción y disfunción del Estado.