

Pacientes, médicos y voceros de clínicas y hospitales coinciden en que la creación de un fondo único que maneje los recursos es un gran avance.

1. Un único fondo de recursos

Hoy, el Fosyga (Fondo de Solidaridad y Garantía), una entidad del Gobierno, es responsable de reembolsarles a las EPS el dinero que éstas invierten en ofrecerles a sus pacientes servicios o medicamentos que no están cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (los llamados No POS). Así funciona: si una clínica o un hospital le prestan un servicio No POS a un paciente, la EPS a la que este usuario está inscrito le cobra ese dinero al Fosyga para después pagarle al prestador del servicio. Sin embargo, este mecanismo ha sido gran responsable de la crisis financiera de hoy, pues el Gobierno tiene enormes deudas con las EPS (porque en los últimos años esos servicios No POS tuvieron un aumento desmedido, hasta llegar casi a los \$2 billones anuales) y, a su vez, las EPS tienen enormes deudas con clínicas y hospitales.

Lo que plantea la nueva reforma es crear un fondo único llamado Mi-salud, que se encargará del recaudo de los recursos para el sector (provenientes, entre otros, del presupuesto general, del sistema de participación y del recaudo tributario), de administrar la afiliación de los usuarios y del pago directo a los prestadores (clínicas y hospitales). “Esto plantea un cambio en la forma como se administra la salud”, explicó el ministro de Salud, Alejandro Gaviria. La reforma no hace mención de las millonarias deudas que existen hoy entre los diferentes actores (EPS, clínicas y hospitales y Gobierno). Para esto se están creando otros mecanismos.

2. Beneficios para la prepagada

Quienes paguen un seguro voluntario, o un servicio de medicina prepagada, tendrán un beneficio que nunca antes se había planteado desde el Gobierno: podrán disponer de la UPC (Unidad de Pago por Capitación, que es dinero que el Gobierno les gira a las EPS por la atención de cada usuario) para pagar parte de la prima. En promedio la UPS está hoy en \$500.000, entonces, lo que podrán hacer los usuarios de este tipo de seguros es, en palabras del ministro de Hacienda, Mauricio Cárdenas, “trastear el valor de la UPC a la medicina prepagada”.

El objetivo, insistieron tanto Cárdenas como el ministro de Salud, Alejandro Gaviria, es dinamizar este mercado. “Hoy existen un millón de usuarios, pero es un sector que no ha crecido porque no lo hemos incentivado”.

3. No EPS sino «gestoras de salud»

No habrá más EPS. La nueva reforma a la salud plantea que estas entidades serán más bien unas “gestoras de la salud”, que servirán para conectar al fondo único Mi-salud, los prestadores de servicios (clínicas y hospitales) y los usuarios. El gran cambio, en pocas palabras, es que las EPS ya no manejarán el dinero del sistema (como hoy, que son las que les giran a las clínicas y hospitales los pagos por sus servicios), sino los programas de salud y de prevención, y también harán la veces de auditores para señalar cuáles son las cuentas que Mi-salud les tiene que girar a los prestadores de servicios que atendieron a sus usuarios.

En palabras del ministro Gaviria, las EPS tendrán que transformarse para adaptarse a las nuevas reglas del sistema. Y en la reforma se plantean tres opciones. Uno: que se retiren del aseguramiento social y se especialicen en seguros voluntarios (medicina prepagada). Dos: que se conviertan en administradoras y que gestionen la prestación de servicios de salud en un área determinada. Y tres: si están integradas verticalmente (es decir, que poseen clínicas u otros servicios a través de los cuales atienden a sus usuarios), que se conviertan exclusivamente en prestadoras de servicio, es decir, que dejen de servir como EPS o gestoras de salud, para ser sólo prestadoras de servicios.

También se plantea la división del país en unos “distritos de salud”, en donde las nuevas gestoras (hoy EPS) deberán organizarse territorialmente, tener un mínimo de afiliados y una red de prestaciones definida y clara, para garantizar la calidad de la atención en todos los rincones. En “las zonas más dispersas del país”, aseguró el ministro, habrá un modelo diferencial que no se ha establecido. Los entes territoriales (alcaldías y gobernaciones) tendrán la opción de administrar el régimen subsidiado.

4. Integración de beneficios

La idea es integrar los servicios y medicamentos que estaban contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), con los que hoy están por fuera de ese plan de beneficios y que se conocen como No POS. Según lo explicó el ministro Gaviria, el objetivo es acabar con las llamadas zonas grises, que eran esos fármacos o procedimientos sobre los que no había claridad de si realmente pertenecían al POS o no (se cuentan entre 5 mil y 10 mil referencias con este problema), y que en buena parte llevaron a la honda crisis financiera que existe hoy, pues no hay un consenso entre las EPS y el Gobierno sobre las facturas que tienen que ser reembolsadas. Se plantea también crear una lista negra con exclusiones explícitas sobre los tratamientos y medicamentos que no serán cubiertos.

Reacciones

Sergio Isaza, presidente de la Federación Médica Colombiana.

“Hay que reconocerle al ministro y a su equipo este paso que se han atrevido a dar, pues la

mitad de la reforma recoge propuestas que la sociedad civil y los gremios de la salud vienen entregándole hace muchos años. Celebramos que el país vaya a dividirse en territorios de salud (para garantizar que lleguen redes de servicios a todos los rincones), sin embargo, el régimen contributivo quedó en manos de las EPS, y aunque ellas no vayan a manejar la “plata gorda” sí van a ser articuladoras, lo que nos genera desconfianza por la manera como han manejado los recursos. Además, ¿por qué ningún punto de la reforma dice cómo se van a devolver al sistema de salud los recursos que se han robado? ¿Se va a premiar a las EPS en este tema? ¿Cómo se va a restituir este dinero?”.

Néstor Álvarez, representante de los pacientes.

“Con el fondo único puede disminuir la corrupción. No sabemos cómo interpretar que las EPS sean administradoras de una atención básica. Nos preocupa que, de ser así, los pacientes de alto costo tengan que asumir de su bolsillo pólizas o seguros extras para ser atendidos. Tememos que esa lista negra de medicamentos y servicios limite a quienes requieren tratamientos costosos y no tienen con qué pagarlos. Preocupa que sigan existiendo un régimen contributivo y uno subsidiado, en lugar de un plan único de beneficios. El sistema sigue fragmentado”.

Carlos Francisco Fernández, presidente de la Asociación de Sociedades Científicas.

“El ministro ha lanzado unos puntos que necesitan de un articulado coherente, producto del debate profundo. Sin duda hay puntos favorables, como el fondo único de recaudo, pero si el No POS fue el que quebró al sistema, por qué dicen que van a incluir todos esos servicios y medicamentos en un nuevo listado de beneficios sin que se aumenten los recursos para que sea viable. Por otro lado, es riesgoso entregarles a las gobernaciones y alcaldías la administración del régimen subsidiado cuando estos entes, en su mayoría, han estado tocados por la politiquería y la corrupción. Mientras los municipios continúen así, esa decisión significará volver a la prehistoria”.

Juan Carlos Giraldo, Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

“La creación de Mi-salud es un avance, lo mismo que el anuncio de que desaparecerá la intermediación financiera en el sector y que se van a crear una serie de gestores regionales para manejar esos recursos.

Sin embargo, necesitamos conocer el articulado para revisar el alcance de las propuestas y saber cómo vamos a asumir la transición, porque tememos que en ese cambio algunas empresas no paguen sus deudas. Aún no sabemos cómo va a hacer el Estado para que se responda con las cuentas pendientes del sector. Hasta ahora no conocemos lo que se plantea sobre la atención primaria en salud y todas las labores preventivas del sistema,

porque si aquí no se hace una revolución en ese tema, no va a haber con qué atender la gran demanda de servicios médicos que está teniendo la población”.

Jaime Arias, presidente de Acemi, gremio que agrupa a las EPS del régimen contributivo.

”Quitándoles a las EPS la obligación de asumir el riesgo y la intermediación financiera, se aumentaría la carga para el Estado. En cuatro años se evidenciaría un Sistema de Salud más en crisis y desfinanciado, porque no se tendrían los recursos de sostenimiento. La Nación tendrá que meterse fuertemente la mano al bolsillo para poder financiar un sistema que hoy está muy desfinanciado y que en un futuro, con un POS integral y con todas estas medidas, va a estar más desfinanciado. Administrar el sistema de salud por medio de un Fondo Único (pagador y recaudador) es un error, que además haría que todos los colombianos tengan que volver a afiliarse a un garantizador de servicios médicos”.

<http://www.elespectador.com/noticias/salud/articulo-406838-cuatro-claves-de-reforma-salud>