



FORO SOBRE LA CREACIÓN EN ANTIOQUIA DE UNA EPS PÚBLICA O MIXTA

MEDELLÍN 18 DE JULIO DE 2012

EPS PÚBLICA O MIXTA “UN RETO”

El H. Concejo de Medellín, en cabeza de su Presidente doctor Bernardo Alejandro Guerra Hoyos me ha invitado a este foro en que se tratará el tema del ASEGURAMIENTO PÚBLICO o MIXTO en la ciudad de Medellín, en alianza con el Departamento de Antioquia, como una alternativa para solucionar una de las deficiencias estructurales del Sistema de Salud.

En atención a lo anterior, la Procuraduría General de la Nación en ejercicio de sus funciones preventivas, se complace en saber que se vienen adelantando estudios e iniciativas para solventar la grave crisis de la salud de los Antioqueños, especialmente en lo que atañe con el régimen subsidiado.

Al respecto, no es suficiente que exista aseguramiento universal en su Departamento, es necesario que la cobertura y el acceso a los servicios de salud, sea real y efectivo, con calidad, equidad y oportunidad en todo su ámbito geográfico, sin distingo de edad, raza, capacidad económica, así sea del sector rural o urbano.

Somos conocedores de la crisis del régimen subsidiado en Antioquia y la alta concentración de enfermos de alto costo en Medellín. Las EPS-Subsidiadas de esta región, consideran inviable el manejo del régimen subsidiado y se han ido retirando.



La posibilidad de que la Gobernación de Antioquia y el Municipio de Medellín realicen una alianza pública o con las cajas de compensación familiar Comfama y Comfenalco Antioquia, es decir, una aseguradora mixta, sería un proyecto que amerita todos los estudios con el fin de superar los errores del sector público y demostrar que si se puede retomar este servicio público con el grado de eficiencia y responsabilidad que le corresponde como derecho a la salud de los Antioqueños y, podría ser un marco referencial para que otros Departamentos asuman el reto.

Desde el 2011, la EPS Cafesalud informó que se retiraba de Medellín y lo mismo anunció Comfenalco, que se retiraba de 62 municipios de Antioquia: ambas EPS se quejaban de que los grandes costos operacionales del subsidiado les impedían lograr equilibrio y tenían pérdidas operacionales. Son unas 800.000 personas que se quedaban sin servicios desde marzo 30/12, pero afortunadamente esos 800.000 afiliados fueron asumidos por COMFAMA desde el pasado 1º de abril.

De todas formas, reubicar tal cantidad de afiliados en otra EPS es un riesgo muy alto para la salud de los pacientes con tratamientos en curso aquí en Medellín, en Antioquia, en Bogotá, ahora en Santander y en cualquier parte del país.

En el caso de Medellín y Antioquia, esa medida excepcional autorizada por el Ministerio y la Supersalud, desde el pasado 1º de abril y por un período de 3 meses prorrogable a 6 meses, en que los 800.000 afiliados del régimen subsidiado en Antioquia están a cargo de la EPS-S de Comfama, durante la etapa de transición necesaria hasta la conformación de la EPS pública o mixta que asumirá este régimen en Antioquia, implica actuar con prontitud y seguridad para estas obligaciones que deben traducirse no solo en aseguramiento sino en oportuna accesibilidad a los servicios con calidad. Comfama quedó entonces con 1,4 millones de los 2,4 millones de usuarios que tiene el subsidiado en el departamento.



Si la decisión es conformar una EPS mixta, ya Comfama tiene experiencia en el manejo del aseguramiento y prestación de los servicios y su presencia en 77 municipios de Antioquia es importante para la continuidad en el servicio, además que han informado al Ministerio de Salud que para llegar al resto del departamento, instalarán nuevos puntos de atención y harán convenios con los hospitales locales, pero es necesario que se adopten una serie de medidas con el fin de que esta Caja de Compensación no tenga que retirarse como le pasó a Colsubsidio en Bogotá, en que no obstante, ser la EPS S mejor calificada, no puede con la carga que se le impuso.

A tal magnitud ha llegado la crisis que por todas partes se anuncian retiros, liquidaciones e inviabilidad de las EPS y del sistema de salud en general.

La Procuraduría General de la Nación en sus diferentes estudios e investigaciones adelantadas en colaboración de organismos académicos públicos y privados, centros de investigación, como: Universidad de Antioquia, Universidad Industrial de Santander, Universidad Javeriana, Dejusticia, CENDEX, etc. ha manifestado en diferentes escenarios y para todo el país, sobre las grandes fallas estructurales y de regulación del sistema de salud en Colombia: El Estado entregó su función de articulación del sistema a los aseguradores, en su mayoría privados y con ánimo de lucro, con alto nivel de autonomía empresarial. La búsqueda de rentas por parte de todos los agentes del sistema y en toda la cadena de provisión de servicios e insumos del sector- Aseguradores, Prestadores, laboratorios, medicamentos-, parece ser el motor de la acción y no el paciente. La falta de Inspección, Vigilancia y Control por parte de Supersalud, la corrupción, la carencia de una base de información segura y confiable, la falta de liderazgo, gestión y planeación del Ministerio quien debe asumir sus funciones de regulación como una función pública indelegable, la falta de una política



de salud pública, la falta de promoción y prevención, son algunos de los problemas que causan la no accesibilidad, oportunidad y calidad en la prestación de los servicios de salud.

No obstante que hay múltiples normas para agilizar el flujo de fondos y está demostrado que existen recursos suficientes para prestar este servicio esencial ligado al pleno goce de los derechos de salud física y mental y por consiguiente a la vida misma de los Colombianos, es recurrente la queja generalizada por parte de los aseguradores (EPS) que les faltan recursos; de los prestadores del servicio de salud (IPS, ESES), quienes deben materializar el derecho a la salud, sobre el no pago o excesivas demoras en el flujo de los recursos por parte de los aseguradores del régimen contributivo o subsidiado (EPS), de los entes territoriales o del administrador fiduciario Fosyga. Todo lo cual, va en detrimento de los usuarios del servicio de salud.

Es preciso recordar que el nuevo modelo de salud dispuesto por la ley 100 de 1993 que pretendió corregir los problemas de los modelos precedentes y que buscó universalizar el acceso a la salud y garantizar la satisfacción del derecho a todos los habitantes del territorio nacional, en la práctica adolece de fallas protuberantes y los gastos en salud según datos del propio Ministerio de la Protección Social, hoy de Salud y Protección Social, correspondían a 7.8% del PIB en 2003, cifra que año tras año aumenta y que supera el promedio de America Latina y el Caribe en que el promedio es 7%. No obstante que se avanzó notablemente en el aseguramiento, es decir en afiliación o carnetización, el acceso, la oportunidad o calidad del servicio de salud están lejos de cumplir con los postulados constitucionales y legales de nuestro Estado Social de Derecho, por eso la Procuraduría General de la Nación consciente de su responsabilidad en esta materia y como cabeza del Ministerio Público, ha



coordinado y propiciado desde 2008 varios trabajos sobre el sistema de Seguridad Social de Salud en Colombia.

El sistema de salud viene atravesando una de las mayores crisis de toda su historia, a causa, según el Gobierno Nacional y EPS, de la insuficiencia de recursos que se manejan. Lo anterior ha llevado a desarrollar diferentes acciones como: Declaratoria de Emergencia Social, decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009 (declarado inexecutable por la Corte Constitucional) y las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, las cuales se concentraron en la búsqueda de nuevos recursos financieros para el sector.

Circulan para salud más de 40 billones de pesos- datos del 2011- cifra que es significativa a la luz del gasto en salud en América Latina. Según el estudio “Cuentas nacionales de salud Colombia 1993-2003, del consultor Gilberto Barón: “El gasto nacional en salud y su financiamiento”, publicado en el año 2007, Colombia tuvo un gasto promedio entre los años 1998 y 2002 de 8,5% del PIB. Este gasto ocupa el tercer lugar en los países de América Latina y el Caribe y se encuentra, incluso por encima de países desarrollados como España, Japón, Inglaterra e Italia.

Sobre esta iniciativa de la creación de la EPS pública o mixta, nos gustaría conocer los avances de las mesas de trabajo con el Ministerio de Salud y Supersalud y, en el caso de la EPS mixta, pregunta la Procuraduría si hay algún estudio sobre lo que están considerando las Cajas de Compensación del Departamento sobre esta iniciativa, debido a que se requiere vocación de permanencia y no sería como medida excepcional o transitoria.

A los usuarios no se les puede tener fluctuando de EPS en EPS por la situación financiera y operativa del asegurador. Si se conforma una aseguradora pública o mixta, el primer objetivo es que debe ser un servicio público que cumpla sus



funciones como garante del acceso a los servicios de salud, que se trabaje con transparencia, oportunidad, absolutamente comprometida con los usuarios del departamento, que impere el interés general, la rentabilidad social, la eficiencia administrativa y financiera, que pague a tiempo a la red prestadora, quienes serán sus aliados para prestar un excelente servicio. Es decir, los prestadores deben trabajar con los mismos objetivos de transparencia, eficiencia, economía, oportunidad, calidad, entre otros principios.

Si funciona bien, sería un modelo para mostrar al país, en que lo público funciona eficientemente, o la entidad mixta que se constituya, sea una verdadera alianza de ganadores en rentabilidad social y equilibrio financiero.

Para la Procuraduría General de la Nación, lo más importante es que se garantice el derecho efectivo a la salud de los antioqueños, que haya transparencia en el manejo administrativo y financiero, que impere el interés general y sea un verdadero servicio público, independientemente del modelo que adopten, pero es necesario que se tengan en cuenta, varios aspectos en la creación y funcionamiento de la nueva entidad aseguradora:

- **EL NUEVO ASEGURADOR DEBERÍA INVOLUCRAR A TODO EL DEPARTAMENTO.** De ser posible, que sea un asegurador para todo el Departamento. La construcción colectiva de la salud como un asunto de interés público departamental y municipal (que involucre a todos los municipios) y a todos sus habitantes. Hay que garantizar la equidad y la universalidad en el Departamento.
- **PRIMERO LOS PACIENTES.** La entidad debe generar una conciencia de aseguramiento entre sus afiliados y el personal de salud. Esto significa que el asegurador y

los prestadores deben ser aliados en la prestación del servicio de salud; todos por la atención oportuna y con calidad. Que se evite la tutela. Que se respete la decisión del médico, que debe estar basada en conocimientos éticos. Evitar barreras de acceso geográficas, administrativas, políticas etc. Ya no habría porque decir que la EPS no ordenó lo que el prestador científicamente determinó o que la EPS no le paga a su prestador.

- **SISTEMA DE INFORMACIÓN SÓLIDO Y CONFIABLE.** Es urgente depurar la base de datos con el fin de que los afiliados al régimen subsidiado, sean verdaderamente quienes no tengan capacidad de pago. Es ampliamente conocido por todo el país que, cuando se expidió la Ley 100 de 1993 se esperaba que el 70% de los afiliados estuvieran en el régimen contributivo y el 30% en el subsidiado y hoy, por el empleo informal, por la falta de confiabilidad en la base de datos, por la corrupción, la politiquería, entre otras anomalías, la mayoría de los afiliados se encuentran en el subsidiado. Es necesario depurar la multifiliación.
- **ESTUDIAR VIABILIDAD DE UN FONDO PÚBLICO ÚNICO.** Se debe estudiar la viabilidad de un fondo recaudador y pagador único, ya que los recursos de salud del régimen subsidiado proceden del Sistema General de Participación, rentas cedidas, recursos propios del Departamento y Municipios, juegos de suerte y azar, regalías, 1.5 % de cotizaciones de los afiliados al régimen contributivo, IVA, un porcentaje de las Cajas de Compensación, copagos, cuotas moderadoras. Hay que evitar evasión y elusión.
- **ESTUDIOS SOBRE RENTABILIDAD SOCIAL Y EQUILIBRIO FINANCIERO.** Para el caso de una EPS mixta, los futuros aliados deben hacer estudios

profundos sobre la trascendencia de la medida, con el fin de no retirarse más tarde del servicio público que asumirían, aduciendo que no es un “negocio rentable”. Sabemos que en el caso de las cajas de compensación, han prestado un servicio invaluable al departamento de Antioquia durante los últimos 17 años, con una experiencia muy importante en la administración del régimen subsidiado, pero se están retirando de prestar estos servicios en varias zonas del país, por razones financieras y porque con sus resultados eficientes, les fueron colgando funciones y servicios sociales de diferente índole; ese activo valioso que son las Cajas de Compensación, hay que definirle muy bien en su marco normativo, el alcance para conformar y funcionar como una EPS mixta.

- **PLANTEAR SOLUCIONES A LA PROBLEMÁTICA ACTUAL.** El nuevo asegurador debe atender integralmente a todos los Antioqueños para lo cual, se deben estudiar a fondo soluciones de tipo técnico, administrativo, jurídico y financiero, costos operacionales, compra y entrega de medicamentos, listas de espera, promoción y prevención, salud pública, etc.
- **TARIFAS DE LOS PRESTADORES** .Hay un tema que siempre ha preocupado al Ministerio de Salud y a EPS, es lo referente a las tarifas de los prestadores en Medellín, ellos ponen sus propias tarifas, cobran como les parece y eso encarece los costos del servicio. Este tema tendrán que revisarlo con los médicos, sociedades y demás prestadores.
- **UPC DIFERENCIAL.** Ahora que está unificado el plan de salud o POS del régimen subsidiado con el contributivo y que sin embargo la tarifa sigue siendo diferencial: \$547.639 del contributivo y \$ 433.666 del

subsidiado, sería una buena oportunidad para estudiar si esa aseguradora que se crea, va a cubrir también el régimen contributivo y así se lograría solidaridad en el sistema, pero hay que depurar como se les dijo antes, la base de datos del subsidiado y tener buenos controles.

- **DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD COMO UNA POLÍTICA PÚBLICA.** Ustedes tendrían que estudiar su papel en el ámbito de la salud y su relación con la Descentralización ya que el reto que asumirían no es solo crear una EPS pública o Mixta (como la Nueva EPS) para afiliar y manejar los recursos; sino que deben asumir la descentralización en salud como una política pública, en su Departamento, que se realice verdadera promoción y prevención; se revise la carga de enfermedad (mayores riesgos de muerte o enfermedades), la carga de discapacidad y el perfil epidemiológico del mismo, con el fin de actuar efectiva y oportunamente en su región. Colombia fundamentó su reforma del 93 bajo el argumento de que el mercado y la intervención del sector privado son medios más efectivos que el Estado para garantizar la provisión de servicios a la población. La Ley 100 de 1993, también le atribuyó a los entes territoriales la responsabilidad de la provisión de servicios de salud a la población no afiliada al régimen contributivo, mediante la asignación de subsidios para la salud. Igualmente, son responsables de la infraestructura pública, la provisión de los programas de promoción y prevención, y la vigilancia y control del sector salud entre otros. Ustedes saben que hay Municipios que no pudieron asumir esas funciones por diversa índole: Falta de recurso humano, falta de personal capacitado, falta de infraestructura, corrupción, clientelismo; tendrán que trabajar fuertemente con esos Municipios para cumplir con sus funciones.



En Colombia, se crearon las EPS e IPS públicas y privadas, con predominio en las metas de productividad y rentabilidad financiera, quedando en segundo plano los propósitos de salud de la población. Es así que, como aspecto positivo de la Ley 100 de 1993, se han incrementado e irrigado más recursos para el sector, (constituyen más del 7% del PIB) pero a pesar de este aumento significativo de los recursos, son limitados los logros en materia de acceso, calidad y salud pública. Ustedes tienen como reto romper la barrera de ineficiencia administrativa y financiera, porque a juicio de los expertos, hay suficientes recursos pero se va buena parte en intermediación, altos costos y corrupción.

El objetivo final de todo sistema de salud es la optimización del bienestar de la población, expresado en los términos del “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, (del 16 de diciembre de 1966 que entró en vigor en 1976) y dispone que entre esos derechos, está el de todas las personas a gozar del máximo nivel de salud física y mental, reconocido por el Artículo 12 del mencionado Pacto y por los Artículos 44, 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia. Este derecho tiene contenidos que han sido especificados en la Jurisprudencia, y que implican obligaciones para las autoridades de respetar, proteger y realizar dicho derecho.

Paradójicamente, pero relacionado con la idea de crear una aseguradora pública o mixta para su Departamento, les recuerdo un tema de ámbito geográfico en que Antioquia es pionera y tiene experiencias muy satisfactorias a nivel nacional e internacional, y es el desarrollo de los CLUSTER en su Departamento en 4 materias: Confección, diseño y moda; energía eléctrica; construcción y turismo . Este modelo de organización, inicialmente empresarial introducido por Michael Porter (U.

Harvard- 1990) se basa en la idea de que cuando las empresas de un sector en un ámbito geográfico determinado, que normalmente compiten entre sí y al mismo tiempo se colaboran entre sí, cada una en su especialidad, logran un desarrollo más competitivo y se convierten en un motor generador de mejores servicios, riqueza y empleo. Aunque es un modo de realizar actividades en forma mancomunada salida del mundo industrial, existen hoy día, muchos clusters en salud, en funcionamiento en varios países, que buscan, además de sus ganancias, principalmente lo siguiente:

- Incrementar la capacidad de investigación, desarrollo e innovación en la región en materia de experimentación clínica, desarrollo de productos.
- Consolidar relaciones existentes y crear nuevos vínculos entre los diversos actores: Centros de atención sanitaria, laboratorios químicos y farmacéuticos, fabricantes de productos médicos, universidades, centros de investigación.
- Atraer, retener y fomentar la interacción del conocimiento y mejores recursos humanos.
- Mejorar la prestación e imagen de los servicios de salud.
- En el caso de las Administraciones Pública también consiste en impulsar el cluster de salud a distintos niveles, así como la orientación del mismo hacia unos objetivos de salud para toda la población. Ejemplo: el consenso sobre prioridades humanitarias propuesto por la OMS. Iniciativa de Cluster en salud para revisar en Medellín por lo siguiente:

En Antioquia se lanzó desde hace pocos años, el 5º cluster que es el de salud con un enfoque netamente privado y empresarial, con el propósito de atraer pacientes extranjeros y exportar salud en transplantes, ciencias, cirugía estética y odontología.



Sería bueno que ese sector de las 3.277 empresas que constituirían este cluster, trabajen internamente y con responsabilidad social para con sus coterráneos; sobretodo, para que la población subsidiada que es la que más está siendo afectada con la crisis, pueda disfrutar del más alto nivel de atención por parte de instituciones de salud de muy alto prestigio en Colombia y Latinoamérica, como son los hospitales y clínicas de Medellín. La Procuraduría ha recibido quejas de que no atienden pacientes de la región en transplantes por ejemplo, porque se prefiere a los extranjeros que si pagan bien. Les dejo esa inquietud que debe revisarse con la aseguradora y la administración pública de Medellín y Departamento, lo cual no necesita de reformas legales para poder construir un servicio de salud que beneficie a los prestadores con economías de escala, pero sobretodo, que esté comprometido con los pacientes de la región.

La Procuraduría estará atenta a las iniciativas que planteen y espera se le cumpla a la población Antioqueña, ante todo a la población subsidiada, a los más pobres y vulnerables, quienes son hoy día los más afectados a lo largo y ancho del país, por la no prestación de los servicios de salud, por las fallas estructurales y en consecuencia, por el retiro y liquidación de EPS como aseguradores.

Muchas gracias.

ALEJANDRO ORDÓÑEZ MALDONADO
Procurador General de la Nación.

