

Con intervenciones a EPS, la salud vuelve al Estado colombiano

Con la intervención de EPS Sanitas y la Nueva EPS, el Gobierno ya tiene a su cargo más de 26 millones de usuarios. Como muestran casos del pasado, el Estado no ha sido buen administrador de la salud.

Bogotá
COLPRENSA

El Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ISS) fue creado mediante la Ley 90 de 1946, con el propósito de proveer servicios de seguridad social en salud a los trabajadores del sector privado. Desde su inicio de operaciones en 1948, el ISS se centró en la atención de enfermedades no profesionales y maternidad, expandiendo progresivamente su cobertura a lo largo de las décadas siguientes.

Sin embargo, la década de los 80 marcó un período de crisis para el ISS, enfrentando dificultades internas y externas que afectaron tanto la calidad de la atención de salud como su estabilidad financiera.

La promulgación de la Constitución de 1991 y la Ley 100 de 1993 introdujeron cambios significativos en el sistema de salud colombiano. Esta última, en particular, creó un sistema integral de seguridad social solidaria que amplió la cobertura de salud y pensiones, incorporando a la población más vulnerable. La Ley 100 de 1993 también introdujo la competencia con actores privados en el sistema de salud, lo que provocó que millones de afiliados del ISS migraran hacia nuevas Entidades Promotoras de Salud (EPS) y fondos privados de pensiones. En 2008, el componente de salud del Seguro Social fue finalmente liquidado, dando lugar a la creación de la Nueva EPS, una entidad con capital mixto.

De haberse aprobado la reforma a la salud presentada por el gobierno Petro, la Nueva EPS habría debido cubrir una población cuatro veces mayor que la que atendió el ISS en su tiempo. Este cambio habría representado un desafío considerable para la infraestructura y los recursos disponibles en el sistema de salud colombiano.

Hasta los años 90, los colombianos accedían a la atención médica de diversas maneras, dependiendo de su situación económica y laboral. Los más acomodados tenían la posibilidad de pagar por servicios en clínicas privadas, mientras que los empleados formales cotizaban en el Seguro Social y recibían atención acorde a sus in-



El superintendente de Salud, Luis Carlos Leal, y el ministro de Salud, Guillermo Jaramillo, en rueda de prensa por las intervenciones a Sanitas y Nueva Eps. //COLPRENSA - JOHN PAZ

CONSECUENCIAS

Estas podrían ser las consecuencias de tomar ese camino:

1. Falta de competencia y libre elección: la consolidación de una sola 'EPS de gran poder' podría limitar la competencia y la libre elección de los usuarios. La diversidad de opciones en el sistema de salud es fundamental para garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada según sus necesidades y preferencias. La falta de competencia podría perpetuar desequilibrios en la calidad de la atención, como lo evidencian las quejas previas sobre EPS como Sanitas o Compensar, con cargas de enfermedad elevadas.
2. Poder de mercado y control sobre los hospitales: la creación de una 'EPS de gran poder' podría ejercer un control desproporcionado sobre los hospitales y otros proveedores de servicios de salud. Esta concentración de poder podría conducir a una situación en la que el comprador, es

decir, la 'EPS de gran poder', imponga condiciones desfavorables para los proveedores, lo que podría llevar a la quiebra de muchos hospitales. La falta de contrapeso en el mercado de servicios de salud podría tener repercusiones graves en la sostenibilidad del sistema y en la calidad de la atención.

3. Inexistencia de un período de transición: Aunque la creación de una 'EPS de gran poder' podría preservar parte de las instituciones y reglas existentes en el sistema de salud, es fundamental asegurar una transición fluida para evitar traumatismos en las organizaciones. La estabilidad institucional y la continuidad en la aplicación de normativas son elementos esenciales para garantizar el funcionamiento eficiente del sistema. Tener una EPS dominante "implica cambios, pero es mejor resultado aún que la reforma de la salud que tenía planeada el Gobierno", asegura

Rodríguez.

4. Incertidumbre y falta de claridad: la incertidumbre sobre las decisiones tomadas por el Gobierno causa preocupación entre los ciudadanos. La falta de claridad sobre el impacto a largo plazo de estas medidas y la percepción de que se están tomando decisiones precipitadas sin una evaluación exhaustiva de las implicaciones son motivos de inquietud y los usuarios temen sobre un deterioro en la calidad de los servicios de salud y la falta de acceso a la atención médica necesaria.

"Para los que pueden pagar una prepagada, un seguro, pues es una preocupación un poco menor, no es que no haya, pero para el resto de la población vemos que el panorama es terrible. Especialmente si tengo un familiar que tiene una enfermedad de alto costo cuyo tratamiento ha venido cumpliendo la EPS", resaltó Rodríguez.

gistro de cómo funcionaba. Lo que pasaba con los medicamentos era una cuestión de cada hospital, no era responsabilidad de las EPS. Y ese es el gran problema. El seguro no funcionaba muy bien, funcionaba más o menos en Bogotá", agregó Rodríguez.

La corrupción y la negligencia jugaron un papel significativo en la gestión del sistema de salud por parte del Estado antes de los 90. Esta situación facilitó la corrupción, a través de prácticas ilegales como el desvío de fondos y la manipulación de facturas, debido a la falta de supervisión adecuada.

Adicionalmente, la opacidad en la gestión de los recursos públicos destinados a la salud permitió la proliferación de actos de corrupción que afectaron la eficacia y la equidad del sistema. La ausencia de sistemas de información robustos dificultó la detección y prevención de estas prácticas, lo que aumentó los problemas estructurales y socavó la confianza en el sistema de salud.

"Si el sistema se derrumba, en gran medida, parte del activo que se pierde son las capacidades de información. Ese es un tema muy complicado, digamos, de coordinar y gestionar. Entonces, por eso la importancia tan grande del asunto; se facilita la corrupción a todo nivel, sea pública, sea privada", añadió el profesor.

Intervenciones a EPS, ¿un camino riesgoso?

Con la intervención de la EPS Sanitas y la Nueva EPS, el Gobierno ya tiene control de la mayor parte del sistema de salud, con más de 26 millones de usuarios.

Sanitas cuenta con 5.683.869 afiliados según datos de Keralty al 31 de diciembre de 2023; Famisanar, también intervenida, con 2.918.962; y las EPS mixtas, la Nueva EPS y EPS Familiar de Colombia, cuentan con 11.136.110 de usuarios, según Minsalud (con corte a enero de 2024). Otras EPS intervenidas suman 7.994.247, y las EPS públicas tienen 1.379.340 afiliados, también según cifras oficiales del Minsalud a enero de 2024.

¿A qué puede llevar esto? ¿Puede ser una forma de estatizar de nuevo la prestación del servicio de salud como ocurría con el ISS? ¿Esta estatización podría ir acompañada de la concentración de los servicios en una sola entidad, también como ocurría en esa época y como dejó de ocurrir con la creación de la EPS?

gresos.

Por otra parte, los desempleados dependían en gran medida de una red pública saturada, caracterizada por la deficiencia en la atención médica y la falta de recursos. Los escándalos relacionados con la salud en los años 90 continuaron bajo el régimen establecido por la Ley 100, con la liquidación de varias EPS privadas, como Saludcoop y Cafesalud.

¿Por qué se acabó el ISS?

Uno de los principales pro-

blemas que llevaron al fin del ISS fue la gestión ineficiente de los recursos, con una distribución desordenada y un evidente déficit financiero. A diferencia de las EPS actuales, el Seguro Social careció de una clara definición de funciones, lo que generó confusión y falta de transparencia en su operación.

"Ese era el esquema de salud, un sistema basado en la oferta. Es un poco lo mismo que quería hacer el Gobierno con la nueva versión del sistema", afirmó Paul Rodríguez, profe-

sor de la Facultad de Economía de la Universidad del Rosario y experto en economía de la salud.

Los hospitales recibían subsidios directos, pero la falta de mecanismos de rendición de cuentas propiciaba la desaparición de fondos y una gestión poco efectiva. Además, el acceso a la atención médica estaba limitado, con largas esperas y priorización de urgencias debido a la insuficiencia de recursos.

"No había realmente un re-