

Bogotá D.C., 10 julio de 2024

Relatoría del primer conversatorio concerniente a la intervención del Estado en el sector Salud

Participantes: Emilio Archila Peñalosa, Luis Alberto Martínez, Juan Pablo Herrera Saavedra, Jhony Javier Nústes y Katherine Flórez Pinilla.

Introducen el director Dr. Jorge Castaño Gutiérrez y el Dr. Emilio Archila Peñalosa.

1. Pregunta 1. Desde la perspectiva económica, ¿Cómo entender el sector salud en Colombia dentro de una Economía Social de Mercado (ESM)?

El decano Juan Pablo Herrera, economista y magister en Ciencias Económicas con énfasis en Teoría y Política Económica de la Universidad Nacional de Colombia, presenta un contexto general e histórico del sistema de salud en Colombia. La tasa de crecimiento poblacional en Colombia desde épocas precolombinas se veía disminuida por las enfermedades y la falta de asistencia en salud. Los asuntos de salud eran, en su gran mayoría, cubiertos por hospitales que prestaban servicios de caridad en la época colonial. En 1850 la población aumentó a otro ritmo hasta el cierre del siglo XIX y un crecimiento sostenido en el siglo XX.

Las principales causas de muerte en Colombia se veían, en gran medida, expuestas por problemas cardiopulmonares, en particular tuberculosis, la falta de saneamiento básico y la falta de un sistema propiamente dicho de salud. En 1950 la población aumentó exponencialmente, en este periodo se concibe la Caja Prestacional de Salud, en 1946 se crea el Instituto de Seguros Sociales, como referente permanente de una institución centralizada encargada en servicios de salud.

Hasta antes de la Constitución Política de 1991, la cobertura correspondía al 16% del ISS y 7% de la Caja Prestacional. Después de la Constitución Política de 1991, se consagra la libertad de empresa y las obligaciones del Estado para el desarrollo de las medidas en contra de las prácticas que pudiesen afectar la libre competencia económica. El crecimiento poblacional ha impuesto consistentes retos para garantizar la salud.

Actualmente, nos hemos movido a un sistema donde la universalidad y la economía de mercado se fundan como pilares esenciales del sistema nacional de salud. Por lo cual, hoy este mercado de la salud evolucionó para ajustarse a los mandatos constitucionales. Que, a pesar de sus imperfecciones, presenta la mayor cobertura en la historia colombiana. Es necesario, sin embargo, avanzar en planes de prevención en salud, y continuar con garantizar mayor cobertura.

2. ¿Cuáles de los principales problemas Sistema General de Seguridad Social en Salud se pueden explicar a partir de la debida o indebida intervención del Estado en ese sector de la economía? (viceministro)

El viceministro de la Protección Social, Luis A. Martínez, odontólogo y magister en Administración, Gobierno y Políticas Públicas de la Universidad de Antioquia, apoyado en la exposición del Dr. Juan P. Herrera, presenta un análisis de los hitos del sistema de salud. Los sistemas de salud no se desmontan, sino evolucionan dependiendo del contexto social, político o económico de cada Estado. Dichos hitos

tienen incidencia en los contextos, p. ej. La creación del ISS presentó una triada para su financiación entre el empleador, el trabajador y el Estado.

Antes de la Ley 100 de 1993, existía una falta de cobertura sustancial. Sin embargo, las personas que no estaban cubiertas por el Sistema General en Salud se encontraban amparadas por otros sistemas. En Colombia se incorporó, por influencia internacional, a la salud como un derecho fundamental.

Diferentes fuentes de financiación y prestación de servicios que históricamente se fueron convirtiendo en hospitales, de allí sus nombres religiosos surgidos de las diócesis que prestaban servicios de salud gratuitamente. Con el planteamiento de la Constitución Política de 1991, se buscó la garantía del estado social de Derecho, el reto era como llenar este requisito. La salud se alzó como herramienta importante para lograr esta garantía.

Con el nuevo sistema, los hospitales se transforman en empresas públicas, para vender servicios, como mecanismo de financiación. Esto se vio también la Pandemia, periodo en el cual no se tenía una financiación de los servicios de salud. Por lo cual, se trajo la figura de cargos de disponibilidad de los servicios públicos domiciliarios para solventar la crisis financiera.

En el 2007, se evidenció una falta de definición de roles. Con la reforma se introdujo a las EPS como aseguradoras en administración de riesgos crediticios, operacionales, entre otros. La diferencia sustancial con aplicar las normas del Estatuto Orgánico del Sector Financiero al sistema de salud es la naturaleza jurídica de los fondos del sistema de salud y, en general, del sistema de seguridad social. Allí surgió la UPC (la Unidad de Pago por Captación) a una prima que cubría unos siniestros descritos en el Plan Básico de Salud (anterior Plan Obligatorio de Salud).

Esa ecuación se ha venido rompiendo debido a la evolución jurisprudencial, pues, en especial la Corte Constitucional, ha venido evaluando la efectividad de la protección en salud. La Sentencia T-760, impuso unas obligaciones al sistema general en salud para cumplir con el derecho fundamental, en particular el acceso al sistema general.

Después de la Sentencia, se declaró un estado de excepción por emergencia económica, social y ecológica. Mediante el cual, la administración Uribe intentó reducir el financiamiento estatal del sector salud e imponer una carga al contribuyente. Sin embargo, dicha normatividad se declaró inconstitucional por violación y extralimitación en los poderes excepcionales.

La Ley 1438 intentó traer los postulados de la prevención de las enfermedades y el cuidado esencial de las personas. En cuanto al financiamiento, trajo los incentivos a la atención primaria. Sin embargo, con la privatización de los hospitales y la fórmula empresarial se redujo la participación del Estado y la inversión de los territorios en salud, educación y saneamiento básico. De allí viene los cierres, las malas condiciones de los hospitales y colegios, la pérdida de capacidad de los municipios, etc.

La Ley Estatutaria del Sector Salud planteó un rol protagónico del Estado en la prestación del servicio público de salud. El Estado pasó, en este sentido, de ser un regulador a ser un participante protagónico en la prestación de este servicio y en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Algunas fallas estructurales del sistema son segmentación según la capacidad de pago del contribuyente y de la EPS, la falta de prestación de servicios según la transaccionalidad entre la EPS y la IPS.

3. ¿Cómo comprender el modelo constitucional de economía social de mercado aplicado al sector salud de cara a nuevos modelos?

El Dr. Jhony J. Ñustes, abogado y magister en Derecho Médico, inicia haciendo énfasis en la historia como parte fundamental para analizar las nuevas instituciones de la organización del sistema de salud. El sistema de salud de la época colonial era, más que un sistema de prevención o de respuesta a las enfermedades, un acompañamiento en los últimos momentos de la vida de las personas.

A medida que avanzó la tecnología, los retos fueron surgiendo. A pesar de la falta de un modelo económico definido en la Constitución Política de Colombia, se reconoce la iniciativa privada, pero no bajo la libertad de mercado clásica. Esta es una “teoría de cuerdas” de la economía, cuando las hebras de las cuerdas se separan, la iniciativa privada y el interés público, no pierde ni gana ninguno.

Hoy, el discurso se centra en la capacidad de hacer frente a las necesidades del usuario. El Estado debe desarrollar la iniciativa privada, sin perjuicio de garantizar los derechos fundamentales. La salud y las sociedades son dinámicas, si se implementa un modelo rígido, sin posibilidad de cambios, entra en desuso y hace ineficaz la normatividad. Cómo el Estado empieza a financiar mutuamente a las instituciones y a proteger el sector salud. No gana ninguno, pues la iniciativa privada y el interés público debe ir de la mano.

4. El Dr. Emilio A. Peñalosa pregunta ¿Hay un mínimo de propiedad privada, libre empresa y competencia económica que debe garantizarse en el sector salud? y ¿cómo esto determina el nivel de intervención del Estado en este sector?

La Dra. Katherine Flórez Pinilla, frente a esta pregunta enfatiza que si hay participación privada en el sector pero que esto no significa que sea libre. Para desarrollar su argumento, inicia por replicar algunas frases relacionadas que expresaron los panelistas anteriormente. Por ejemplo, la frase “no hay ecuación perfecta”. No hay ecuación perfecta, sino desbalanceada porque en esta participación privada de EPS e IPS quien decide el precio general y el producto o los servicios prestados para la salud es el Estado. En este sentido, el Estado no es débil, pues nada más y nada menos es quien define la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y define los servicios, tratamientos y tecnologías en salud, definiendo el últimas la arquitectura del sistema, su producto y precio. Por lo cual, no se puede decir que existe una iniciativa privada libre totalmente de intervención. El Estado es, de este modo, la parte fuerte de la relación.

Por otro lado, la Dra. Flórez difiera de que la Constitución Política de 1991 y el modelo de Economía Social de Mercado sean neutrales. Por el contrario, la Constitución “*es ambigua, su interpretación puede ser amplia, se podría tener un sistema de salud mixto, público o privado y depende de la voluntad del legislador y del regulador*”, afirma. Argumenta, que es precisamente esta razón por la cual se han presentado tantas discusiones y tensiones entre el Ejecutivo, el Legislativo y el Judicial, sus interpretaciones son inconsistentes.

Si el precio y el producto es determinado por el Estado y ha cambiado a lo largo del tiempo, esto ha generado que las aseguradoras no tengan los suficientes mecanismos para valorar los riesgos en salud que están obligadas a cubrir. Por ello, la prima de aseguramiento UPC (Unidad de Pago por Capitación) no la define el que presta el servicio, sino el Estado basándose en conceptos macroeconómicos como inflación, variables epidemiológicas y reportes al gobierno que desde una perspectiva macro se alejan de la realidad de la gestión de los afiliados.

El viceministro Luis A. Martínez, en desacuerdo con la Dra. Katherine Flórez, sostiene que esta potestad se debe a las condiciones especiales del bien salud (público o común o individual). Por lo cual, el servicio público de salud no se puede definir como un producto.

Además, el Estado sí se ha debilitado debido a la implementación del neoliberalismo, las transformaciones sociales vienen a reconocer que los residentes deben gozar del derecho fundamental a la salud. El rol del Estado es de modulador, no de regulador, ni organizador, ni interventor.

El Estado recoge los recursos. Que, dicho sea de paso, actualmente el principal financiamiento del sector salud es el Presupuesto General de la Nación. Estos recursos se traducen en la UPC que se asigna a una EPS que una vez entregado depende de las normas del mercado. El mercado no es el mejor asignador de recursos.

A lo largo de la historia se presentaron tres decretos reglamentarios que permitieron reorganizar a las EPS para garantizar la prestación de los servicios. Esto se dio en la transición de afiliados de SaludCoop. El Tribunal Administrativo de Cundinamarca cuestionó estos decretos, pues vulneraban el derecho y el acceso a la salud y a la eficiencia en la destinación de recursos.

El decano Juan P. Herrera aclara que el debate se relaciona es con la sostenibilidad del sistema de salud. El énfasis debería estar en la historia de qué ha pasado con los problemas, corrupciones, etc. En el sistema de salud. Tenemos 31 años de aprendizaje en el sistema de salud, para construir sobre lo construido.

Se necesita revisar las funciones del Ministerio de Protección Social, de la Superintendencia Nacional de Salud, y hacer uso eficiente de los recursos del sistema de salud. Hacer uso de las nuevas tecnologías para seguir y mejorar la trazabilidad de los recursos.

El debate debería ser sobre pensar qué hacer para sumar esfuerzos y tener un mejor sistema de salud para los colombianos.

El Dr. Emilio A. Peñalosa expone que una actividad privada no se puede convertir pública tan fácil. Dicho proceso se requiere realizar mediante el Congreso de la República y determinar expresamente los elementos. Además, pregunta qué elementos regulatorios podrían desaparecer de un sistema y si el modelo de economía social de mercado es suficiente para evitar la regresividad en el sistema.

En primer lugar, la Dra. Katherine Flórez responde que no es suficiente este modelo. Además, aclara que no es necesario una reforma constitucional para modificar el sistema de salud para mejorarlo, pero si se necesitaría una para eliminar la iniciativa privada en el sistema. La enmienda constitucional puede eliminar la iniciativa privada y desde su punto de vista, empeorarlo.

El modelo de economía social de mercado teóricamente es un modelo traído del ordo liberalismo en otras palabras, significa la imposición de un orden al mercado. Esta teoría inspirada en quienes recuperaron Alemania después de la segunda guerra mundial, Konrad Adenauer, Erhard y demás precursores de la escuela de Friburgo. Desde su enfoque debe existir el mercado regulado y ciertos espacios para la intervención.

En este sentido, hay mercado, pero hay regulación e intervención, no hay intentos de intervención únicamente. Así que el modelo de salud, si bien en sus orígenes contemplaba ese enfoque, trae consigo además de la regulación y una intervención fuerte del Estado, no es un modelo de mercado puro, sino de uno con una alta intervención estatal.

La Unidad de Pago por Capitación cubre unos riesgos, que no son los más altos, pero las enfermedades excepcionales que no están incluidas en el Plan Básico de Salud se reclaman mediante acción de tutela o dependen de otros presupuestos estatales. La Corte Constitucional ha explicado que dichos pagos deben garantizarse y cobrado por el Estado, antes llamado recobro, hoy presupuestos máximos.

De manera que las reglas constitucionales y las del modelo de la economía social de mercado no han podido evitar los problemas estructurales del sistema de salud que corresponden a su mismo diseño. Los cambios deben dirigirse a los cimientos del sistema y su diseño institucional.

El coordinador Jhony J. Ñustes replica que sí existe un mínimo de garantías importante de rescatar. Desde el punto de vista constitucional, la dignidad humana es el núcleo esencial del derecho a la salud. Esto evidencia además una maleabilidad del sistema para cambiar a lo largo del tiempo.

El Estado no es un agente externo del mercado. La iniciativa privada tiene injerencia en qué debe garantizar los Estados. El Estado da los mínimos. Sin embargo, darle espalda a la realidad no es efectivo.

El decano Juan P. Herrera expone que hay tres pilares fundamentales del sistema de salud. La sostenibilidad financiera, pues la población a ascendido permanentemente, pero cada vez estamos más cerca de un quiebre en esta tendencia. Esto implica un costo cada vez mayor.

Hoy, hay cerca de ciento veintinueve mil médicos, de los cuales la mayoría están centralizados en Bogotá D.C. Esto plantea una pregunta de cómo se va a diseñar una institución en salud para garantizar cobertura universal del sistema. Cómo se va a dar este mecanismo y cómo se va a plantear un modelo.

Además, cómo se va a dar ahora el aseguramiento. Es absolutamente indispensable definir quién asumirá el riesgo en corrupción y cómo se descentralizará la toma de decisiones.

El viceministro Luis A. Martínez aclara que la Ley Estatutaria del Sector Salud es una ley supra normativa, pues resulta superior a leyes ordinarias que se presentan. Hay que avanzar en el diseño del sistema, pues actualmente es limitado debido a la realidad social.

Hoy el panorama muestra ineficiencias como colapso en los sistemas de emergencias, se han normalizado deficiencias en el sector salud. Hay ciertos indicadores trazadores como la tasa de mortalidad materno infantil, esta tasa tuvo una tendencia a la alta a partir de la expedición de la Ley 100 de 1993. Las prácticas del ISS se perdieron y esto ha deteriorado algunos índices.

La gobernanza y rectoría se relaciona con la supervisión y el buen gobierno del sistema, representado antes de la Ley 100 de 1993 por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Esto se trae de nuevo mediante la reforma al sistema general en salud.

La generación de recursos se relaciona con la infraestructura, el capital humano, la gestión de las tecnologías, los medicamentos y los servicios. El Estado ha dejado de lado la inversión en estos aspectos debido a la delegación a los particulares de estas competencias. La necesidad o la rentabilidad es un debate que debe hacerse en este aspecto.

Con esta ponencia y una ronda de preguntas concluye el conversatorio.