

HAY QUE ACABAR EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD



Por: Carlos Felipe Muñoz Paredes

MD. CEO & Fundador CONSULTORSALUD
21 DE JUNIO DE 2021

Un salto de equidad muy importante resultará tras adoptar esta decisión, que con solo el titular parecería impropia de sugerir en un país empobrecido; sin embargo, hay que acabar el régimen subsidiado, y para ello voy a presentar cinco (5) argumentos de otros muchos que ustedes podrían aconsejar.

Lejos de querer afectar algún subconjunto poblacional o ser piedra edificante de polarizaciones infructuosas, el camino sugerido busca justamente lo contrario, alcanzar las garantías integrales para con ese derecho fundamental en la población más vulnerable y vulnerada, eliminando lo que otrora fuera una medida democrática y positiva: el régimen subsidiado de salud.

EL REGIMEN SUBSIDIADO HOY

Entendamos previamente a qué llamamos hoy Régimen Subsidiado: un subconjunto de la población asegurada a unas EPS (23 EPS operan únicamente en el Régimen Subsidiado, 4 en ambos regímenes y 10 EPS solo en el Contributivo), que deben garantizar el acceso, representarlos ante la compleja institucionalidad sectorial y responder por el riesgo financiero.

Estamos justamente hablando de **23.891.147** colombianos para mayo de 2021 (en diciembre de 2019 eran 22.808.930); como se nota, hay un crecimiento del 4,74% en un lapso de diez y siete (17) meses, evidencia clara del deterioro de las condiciones laborales y de empleabilidad que azotan la nación.

De esos 23.8 millones de colombianos, **el 49.42% se encuentran afiliados en solo cinco (5) EPS:** Nueva EPS, Coosalud, Mutual Ser, Asmet Salud y Emssanar, lo cual refleja un fenómeno ampliamente divulgado por quien redacta estas líneas, de concentración del aseguramiento y su riesgo (quizás un oligopolio) que podría o no ser conveniente para la obtención de resultados.

LAS DIFERENCIAS CON EL CONTRIBUTIVO

Primero la UPC:

Sus valores son diferentes. Mientras por cada persona afiliada al régimen subsidiado las EPS reciben \$872.496, en el contributivo esa cifra se extiende hasta los \$938.826 (un **7,60% adicional**), con las mismas obligaciones atadas a las tecnologías financiadas con la prima.

Me sigue pareciendo impropio camuflar dentro de la UPC del contributivo (que debería atender también solo situaciones del cuidado de la salud), las licencias de maternidad y paternidad y las incapacidades laborales, terreno obviamente que debería estar ligado más a las ARL que a las EPS.

Argumenta ocasionalmente (y solo cuando es lejanamente cuestionado el Minsalud sobre el particular), que las frecuencias de uso difieren justificando discretamente la anomalía.

Segundo las actividades de Promoción y Prevención:

Solo las EPS del contributivo reciben por cada afiliado \$ 24.152,40 anuales, y nadie dice nada de este despropósito. No requieren los pobres del país actividades individuales de PyP? Que hacen realmente con este rubro las EPS del contributivo? La cifra que **no** se entrega a las personas del subsidiado y sus EPS cada año es de \$577 mil millones de pesos.

Tercero el SISBEN:

Que se convirtió de tiempo atrás en una herramienta feudal y politiquera para afianzar a caciques municipales (en alcaldías, consejos e incluso asambleas departamentales) que tienen cierto poder sobre la aplicación (y manipulación) de la encuesta y el antiguo puntaje del sistema de selección de beneficiarios.

Desde el pasado 5 de marzo de 2021, y con la entrada en vigor del Sisbén IV, confiamos se depure la lista, y se expropie el derecho ilegítimo del que hoy se favorecen estos individuos. Con la nueva metodología del Sisbén se desarrolló una clasificación cuyo resultado no es un índice cuantitativo; esto significa que ya no existirá un puntaje de 0 a 100 sino una nueva clasificación que ordena la población por grupos (A,B,C, y D)

Lo que es real, es que hay decenas de miles de colados (otra forma de corrupción social), que teniendo postura cotizante, evaden o eluden sus obligaciones, desfinanciando el contributivo y robándole al subsidiado.

Cuarto la obligación de contratar el 60% de la UPC de salud con las Empresas Sociales del Estado:

Que norma tan ilógica; es una afrenta a la primera obligación de las EPS: comprar inteligentemente los servicios. Siempre he defendido que las EPS deben perseguir los buenos resultados, y esta búsqueda debe estar por encima de cualquier proteccionismo contractual arcaico y mal diseñado.

Como van a comprar las EPS los mejores servicios, o de la más alta calidad, si están obligadas a esta **ineficiente e inefectiva “medida financiera”**; porque claramente es una pobrísima medida de protección institucional para los hospitales públicos, que deprime la posibilidad de acceso a los mejores prestadores disponibles en las regiones.

Seguramente el párrafo anterior puede ser contestado a voz alzada, con el insípido y repetitivo argumento que son los prestadores únicos en muchos municipios colombianos, lo cual es probable, pero insuficiente para justificar la atadura a malos resultados, especialmente cuando de la vida se trata.

Como ya saben, me aferro a datos e investigaciones cuando escribo artículos de opinión, y ejecuto consultorías estratégicas; y allí van mis soportes presentados en la siguiente tabla, producto del último estudio sobre la sostenibilidad financiera del sistema de salud que realizó la EAFIT, liberado hace menos de 20 días (entre otras cosas presente el estudio, un déficit de la ADRES de un tamaño monstruoso 2.8 puntos del PIB para 2040 – ya comentaré este tema en otro artículo -):

Sostenibilidad financiera: eficiencia de las unidades productivas.
Eficiencia de las unidades productivas (IPS) públicas y privadas.

Categoría	Original	Satisfacción Goblal	Inversa de la Tasa de Reingreso Hospitalario
Públicas	0,52	0,29	0,37
Privadas	0,76	0,79	0,72
Observaciones	1.794	1.429	1.186

Volvamos a la obligación de contratar con las ESE: su eficiencia es solo del 52% frente a las IPS privadas (76%); la satisfacción global es asombrosamente baja (29%); las privadas escalan al 79%.

Descargos:

No estoy atacando a las ESE, estoy defendiendo a los ciudadanos vulnerables del subsidiado. Y sí, debemos proteger también la institucionalidad pública prestacional; arropémosla con medidas como subsidio a la oferta, despoltización del nombramiento de gerentes, blindaje contra el clientelismo, reducción de la rotación de sus funcionarios, patrocinio de renovación tecnológica,

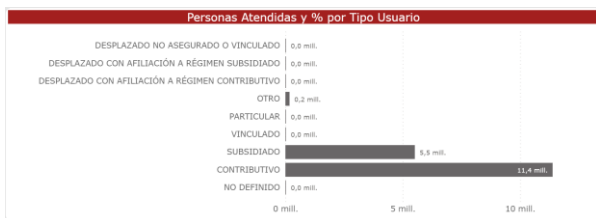
de su infraestructura física, de la educación continuada de su talento humano y de la aprobación del régimen laboral especial, tanto como al mismo tiempo exijamos mejores desenlaces.

Quinto el abismo en el acceso diagnóstico y terapéutico:

Reservé el último aspecto clave para lo que considero más importante, y es que los análisis de datos del sistema muestran con dolorosísima consistencia, que las personas del régimen subsidiado son menos diagnosticadas para casi todos los grupos de patologías principales que clasifica el CIE10, y el índice de prescripción en el SISBEN es casi la mitad, como puede leerse en la siguiente tabla que validó el observatorio interinstitucional de presupuestos máximos en enero de 2021:



Lo pensé mucho, pero debo aportar también al menos una tabla guía de una patología rastreada POR CONSULTORSALUD en SISPRO, y me incliné por la oncología:



No les parece igualmente aterradora la diferencia asistencial entre regímenes?

Seguramente parte de esta radiografía descarnada pueda explicarse mirando por el retrovisor y descubriendo como por ejemplo, las tecnologías NO POS (NO PBS) estuvieron por mucho tiempo desfinanciadas a cargo de los entes territoriales, generando barreras de acceso administrativas (desde los gobiernos locales que no deseaban ese endeudamiento no buscado), y desde las IPS y los profesionales prescriptores, quienes tuvieron muchas veces que decidir entre la salud y la sobrevivencia financiera de sus organizaciones, y la escogencia del vademécum que utilizar de acuerdo al carné que el paciente presentara en la entrevista (que situación tan lamentable).

Supongo que muchos de los profesionales e incluso de los prestadores, todavía no reversan estas conductas, y siguen considerando a los pacientes del subsidiado y a sus EPS como de alto riesgo financiero, y condicionan sus manejos a esta inexistente realidad.

Hoy las tecnologías no UPC, están financiadas en los Presupuestos Máximos, que se giran cada mes anticipadamente a las EPS: he dicho en muchos auditorios nacionales que la cartera nueva

debería tender a cero (0); y si esto no está ocurriendo, hay que revisar inmediatamente y con estudios actuariales la suficiencia de la UPC y del Presupuesto Máximo, cuando no, los modelos de contratación, precios y potenciales fugas de recursos.

CONCLUSIONES

Entonces las personas afiliadas al régimen subsidiado técnicamente tienen el mismo derecho fundamental a la salud, pero para garantizarlo sus EPS reciben menos dinero de UPC, no las cobijan recursos específicos para actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la red disponible que se contrata no es la óptima producto de una norma obtusa que raya con la inconstitucionalidad, afilia a miles de corruptos sociales que lo desangran, y para terminar, no reciben con equidad el acceso asistencial y a sus tecnologías solamente por pertenecer a este segmento poblacional o a sus EPS debilitadas financieramente.

LA RECETA PARA ACABAR CON EL REGIMEN SUBSIDIADO

Si fuésemos idealistas, el argumento central de la receta estaría ligado inmediatamente con el acabar con la pobreza, que es una forma indirecta de terminar con el régimen subsidiado; acabar enténdase como la construcción de una nación pujante, competitiva, altamente productiva, educada, autosuficiente, socialmente equilibrada, justa, feliz y deliberativa.

Como estas condiciones distan por el momento bastante de ser posibles, la siguiente medida sería la “**unificación de los regímenes de salud**”. Sí, es una estrategia simple pero potencialmente efectiva y eficiente.

El nombre es lo de menos. A mí me gusta, lo que proponía la archivada reforma a la salud: el Régimen Único de Salud **RUS**.

Este RUS podría atacar los cinco jinetes del apocalipsis que nombré, de la siguiente manera:

- 1) La UPC será única.
 - a) La UPC no contendrá el pago de licencias ni incapacidades. Estas pasarán a cargo de las ARL.
- 2) Las EPS recibirán por cada afiliado al RUS, los recursos destinados a las actividades Individuales de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad
 - a) Estos recursos no se reasignarán a incentivos por resultados, como lo contempló inapropiadamente la Ley 1955 de 2019.
 - b) Estos recursos si se canalizarán para el cumplimiento progresivo de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud.
- 3) El SISBEN IV restituirá el equilibrio natural del financiamiento del sistema
 - a) Se decretarán medidas sancionatorias para sus infractores
 - b) Se automatizará la clasificación de selección de beneficiarios para evitar en el futuro fraude procesal, quitándole esta competencia a los entes territoriales.

- 4) Las EPS serán genéricas (pues ya no habrá régimen subsidiado ni contributivo), no tendrán ninguna obligación de contratar porcentajes de la prima de aseguramiento con ningún prestador público ni privado.
 - a) Se decretarán medidas especiales de protección financiera para las ESE que por su naturaleza o ubicación así lo requieran.
- 5) La inequidad en el acceso diagnóstico o terapéutico se diluirá por sustracción de materia, al desaparecer el condicionante apellido de “subsidiado”, pero podría aun mantenerse un residuo vivo por referenciación con su EPS aseguradora y el riesgo financiero que pueda traducir, entonces:
 - a) Los recursos frescos de UPC pagarán únicamente los servicios de la operación mensual que financian.
 - b) No podrá surgir cartera nueva. Este KPI será rastreado como un nuevo indicador de riesgo operacional y será condición para la renovación de la licencia anual
 - c) Los pagos serán justos a máximo 45 días.
 - d) La cartera antigua será atendida con el cumplimiento de la estrategia de Punto final y capitalizaciones privadas de las EPS.
 - e) Se establecerá un saneamiento de EPS definitivo por incumplimientos de la habilitación financiera y técnico científica

Es una receta corta, fácil de entender, surgida del entendimiento del problema, no ligada a presiones gremiales ni políticas, y especialmente viable y factible.

Sus comentarios como siempre son bienvenidos. Escríbanos a info@consultorsalud.com o tengamos una conversación en LinkedIn: [linkedin.com/in/consultorsalud](https://www.linkedin.com/in/consultorsalud)