

RESCATE FINANCIERO AL SECTOR SALUD EN CRISIS

Tomado de www.consultorsalud.com



Una crisis que requiere medidas extraordinarias

Antes de meterme de lleno en el sector salud, permítanme unas líneas, para refrescar la memoria nacional. Entre 1998 y 2002 nuestro país se decidió por uno de los ajustes más grandes de su historia republicana: el salvamento de los bancos.

UN RESCATE PREVIO

La crisis ya tenía antecedentes: en el año 1992 se había quebrado el Grupo Grancolombiano; cerca de 1997 otras entidades con sintomatología similar fueron liquidadas: Leasing capital, Arfin y Cauca, y también la compañía de financiamiento comercial la fortaleza.

En el año 1998, la crisis llegó a niveles extremos, llevándose a las corporaciones de ahorro y vivienda CAV, entre ellas Granahorrar que había nacido con el UPAC; se sumaron a la lista El Banco Central Hipotecario, la Caja Agraria, Los Bancos Andino y del Pacífico, entre otros más.

El Fogafin (fondo de garantías de instituciones financieras) tuvo que rescatar a varias entidades privadas a través de créditos de capitalización.

Los usuarios (digamos pacientes) llevaron la peor parte, pues perdieron sus casas, por el alza de las tasas de interés, y el Estado debió subsidiar a los deudores (también).

Tras decretar una emergencia económica, desapareció el UPAC, apareció el UVR y se expidió una nueva ley del sector hipotecario. El costo total de la crisis la estimó el gobierno en \$12,3 billones de pesos.

Dentro de las medidas que el gobierno tomó, estuvo la creación del impuesto bancario del 2 x mil con vigencia hasta diciembre de 1999, recursos que se destinaron a salvar la banca, y que luego se extendió en su plazo y se amplió hasta el 4 x 1000, que hoy todos seguimos pagando para financiar el gasto estatal (esos recursos nos pueden interesar).

El análisis del gobierno en aquel entonces, podría fácilmente hacer referencia al sector salud de hoy, veamos:

“De acuerdo con las autoridades económicas, la grave situación que enfrentaba dicho sector, la cual se manifestó en el progresivo deterioro de sus indicadores, ponía en peligro la estabilidad y permanencia de los establecimientos de crédito y deterioraba la confianza del público. Frente a estos hechos, las autoridades reconocieron que los instrumentos a su disposición eran insuficientes para recuperar la liquidez del sistema y que, por tanto, era necesario hacer uso de las facultades extraordinarias que le otorga la Constitución al gobierno para enfrentar los momentos de crisis”.

CRISIS DE LA SALUD

De acuerdo a mi diccionario CRISIS, es una coyuntura de cambios en cualquier aspecto de una realidad organizada pero inestable, sujeta a evolución. Los cambios críticos, aunque previsibles, tienen siempre algún grado de incertidumbre en cuanto a su reversibilidad o grado de profundidad, pues si no serían meras reacciones automáticas. Si los cambios son profundos, súbitos y violentos, y sobre todo traen consecuencias trascendentales, van más allá de una crisis y se pueden denominar REVOLUCIÓN.

Igual a los síntomas que precedieron al gran rescate financiero de la banca colombiana, muchas de las entidades sectoriales han quebrado o han sido liquidadas, y decenas por no decir miles de prestadores, entre privados y públicos han sucumbido al problema del flujo de recursos del sistema de salud, mientras que otras hacen agua por varios frentes, y se aferran a las medidas continuas del Ministerio de Salud, que por ahora son insuficientes, y de lejos inoportunas.

Las deudas que se cuentan por billones de pesos, son moratorias más allá del 40%, y continuamos perfilando obligaciones incumplidas con cada operación mensual, apiñándose un doble problema: la cartera antigua irresoluta, más las nuevas obligaciones mensuales sin respaldo.

Es cierto que la operación no se ha detenido todavía, gracias al mejorado flujo de recursos, que apenas mantiene a flote a aseguradores y prestadores, pero que muestra síntomas de agravamiento financiero, y de pérdida absoluta de la confianza en las garantías económicas del sistema.

Está claro para CONSULTORSALUD, que el momento es tan delicado, que el gobierno debe aprobar a la mayor brevedad medidas extraordinarias, para evitar la ruina total de los actores invitados a gestionar la salud de los colombianos, y con ellos, el deterioro de todos los logros que dos décadas nos trajeron; pero antes debo hablar de algunos condicionantes de esta problemática.

LOS CINCO ELEMENTOS

No es posible decir, que no me gustan los logros sociales y sectoriales que hemos acumulado con el SGSSS, pero es indispensable, para pensar con sensatez, despojarse de este manto de protecciones y beneficios, y adentrarnos en el corazón del modelo que actualmente operamos, para comprender que existen al menos cinco (5) factores principales, que no hemos sabido controlar, para mantener un sistema tan sofisticado, dentro de límites gobernables y sostenibles, son ellos:

1. El Plan Obligatorio de Salud: si bien durante muchos años, la actualización de este plan, permaneció casi inmutable, en el último quinquenio, se aprobaron muchas inclusiones, con diferentes metodologías, cuyos indudables beneficios, ocultaron las dudas sobre la suficiencia en el financiamiento de las mismas. Las EPS como delegatarias del Estado, pero responsables por su garantía y prestación, no

podían hacer otra cosa que ejecutar cada año, los nuevos contratos de aseguramiento, cargados de más derechos sectoriales, sin contar con la certeza plena sobre el financiamiento de estas tecnologías, derivados de cálculos actuariales sobre usos y frecuencias de uso, y tarifas, hechos todos que sin duda afectarían la siniestralidad, convirtiendo a las EPS en una variante muy extraña de asegurador, que no controla ni las coberturas del plan que ofrece, ni el riesgo de los asegurados, ni el precio de la prima (administradores?). “El Plan Obligatorio de Salud, debe ser lo suficientemente amplio, para garantizar la salud como un derecho fundamental, y tan estrecho, como las apropiaciones económicas democráticamente autorizadas para tal efecto, realizadas dentro de un marco de riesgos conocidos y esperados”. Basta ya de jugar a un doble juego, basta ya de esta hipocresía sectorial, que cobra más adeptos todos los días, que por un lado se ufanan y/o rasgan vestiduras en pos de logros y conquistas de equidad, respecto al tamaño de los derechos sectoriales considerados indispensables (que a veces se convierten en un POS ilimitado), y por el otro, se excusan en mantener bolsas de recursos, pagos y cotizaciones pequeñas e incapaces de soportar el gasto, bajo la falacia de que, el dinero alcanza, y que inyectarle más, únicamente fomentaría hurtos por parte de los aseguradores, pese a la incuestionable evidencia, de una demanda de servicios y una cartera que no paran de crecer, no a expensas de pocos, sino del universo de actores y usuarios, lo que impulsa a pensar que es este, uno de los componentes, que inducen la falla sistémica y el faltante estructural. Que irresponsabilidad más grande ha sido, discutir, aprobar y convertir en derecho, planes de salud gigantes (que quien no desea), sin haber simultáneamente, realizado las provisiones financieras capaces de atenderlos: tal proceder, es como haber decretado anticipadamente, un conflicto artificial y sin límites, entre aseguradores y pagadores, en donde claramente, todos ya perdimos.

2. Servicios NO Incluidos en el Plan de Beneficios: Pero derivado del Plan, quizás el mayor desacierto lo constituye el pésimo manejo que el gobierno le ha dado (y le sigue dando), a los servicios NO POS, que se convirtieron en un gigantesco negocio paralelo, que enriqueció a multinacionales, e intermediarios avivatos (entre ellos los operadores logísticos), amparados por la asombrosa pasividad de más de una década del Gobierno y del Ministerio de Salud (gracias Ministro Gaviria por haberle puesto el cascabel al gato), y luego, por una infortunada cadena de decisiones, que trasladaron el negocio del pago de estas obligaciones, a los bancos más grandes del país (las fiducias del Fosyga), y para terminar de agrietar el escenario, se inventaron la figura de los recobros (no un pago directo como siempre debió ser), que incluía la posibilidad (en mi juicio ilegal), de glosar algunos de estos pagos derivados de la entrega de servicios NO POS, hecho que al final terminó causando dos fallos estructurales, para la arquitectura financiera del sistema, por un lado minando (restando, disminuyendo efectivamente) el valor de la UPC (y por ende nuestros servicios POS), que había sido prestada para esta actividad, no concertada originalmente con los aseguradores, y por el otro, sometiendo a una injusta y creciente iliquidez a los aseguradores de ambos regímenes, quienes inexorablemente terminaron replicándola, en el resto de la cadena de prestadores y proveedores de bienes y servicios de salud y sus trabajadores, que son efectivamente, el eslabón más débil.

3. La Unidad de Pago Por Capitación: increíblemente esta variable del sistema, perdió su brillo e importancia misional muy temprano, oscurecida por la falta de información técnica sobre su uso, y por los escándalos de corrupción, que permitieron un ritmo perverso de incremento anual, ligado casi exclusivamente al IPC general, que la desvalorizó frente a la mirada desentendida de todos (en una década de revisión, frente al IPC de salud, la capacidad de pago de la UPC, perdió al menos un 10% de su poder adquisitivo). La UPC, es una prima de seguros, que siempre debió ser calculada, usando todas las herramientas técnicas, estadísticas, epidemiológicas, actuariales, financieras y sectoriales disponibles por el Estado, para garantizar que era capaz, de asumir el riesgo variable, y pagar los servicios de salud solicitados por los ciudadanos asegurados en los dos regímenes, e incluidos en el plan de beneficios, hecho que realmente no ha sucedido NUNCA. En cambio, los dos principales actores, vinculados a la operación del aseguramiento (EPS e IPS), fueron convidados de piedra, con relación a

esta decisión primaria, convertidos en simples observadores, sobre como el rector del sistema o las empresas delegatarias de tal función, hacia caso omiso, del evidente cambio de condiciones del aseguramiento y del riesgo, traídas cada año y cada quinquenio, por factores como el envejecimiento de la población, la demanda de servicios, la apreciación o depreciación de la moneda, y la oferta creciente y especializada de servicios de salud. Tristemente el gobierno de manera irresponsable, transfirió un riesgo financiero superior, completo y mal calculado a los aseguradores, afectándolos, y afectando de manera indirecta pero segura, a todos los demás actores que se vincularon de buen fe, confiados en una gestión permanente, efectiva, preventiva, suficiente, oportuna y neutral, que se descuidó, quien sabe si por verdadera incapacidad técnica, impericia, o todo lo contrario, como consecuencia de profundos análisis interministeriales, con los Ministerios de Hacienda de estos últimos 20 años, sobre el impacto nacional que representaba el ajuste de la UPC, para la creciente necesidad de servicios (una reforma tributaria completa e integral). Una evidencia que apoya la teoría sobre este componente, es que las EPS mantienen la llave de autorizaciones medio abierta o medio cerrada (como usted la quiera ver); si se abriera la llave de autorizaciones completamente, y los pacientes fueran atendidos a plena demanda, queda claro que la UPC sería incapaz de soportar el gasto, proveniente de esa demanda normal, pero sin barreras administrativas.

4. Las Tarifas: Cuando recorro el país, y converso con prestadores y aseguradores, no sé qué es más triste, si la alegría del asegurador cuando pacta una tarifa con un descuento imposible de creer con un nuevo prestador, o la del prestador que acaba de firmar el “negocio”, desplazando a un prestador antiguo (a quien considera su competencia), agotado financieramente, ilíquido, y al borde de la ruina, que se cansó de negociar por debajo de su rentabilidad mínima, a la que siempre accedió por miedo a perder el contrato (cada quien se quiebra como quiere). No puedo dar crédito, a que sigamos hablando y negociando con las Tarifas ISS 2004, y que además tengamos descuentos que llegan al 30% sobre ellas. No es posible que el manual de tarifas de referencia (porque no existe un manual tarifario sectorial vigente), también sea “techo”, cuando solo se ha actualizado sobre el IPC general, sin tampoco tener en cuenta, los cambios en la seguridad del paciente, la cualificación de los profesionales y las nuevas tecnologías exigidas y ofertadas. No es posible, igualmente, que pese a la evidencia del fracaso de este componente del sistema, sea el mercado imperfecto de la salud, con su gigantesca asimetría de información, el regulador tarifario, y que mediante este ineficiente e inequitativo mecanismo, se permita el predominio de aseguradores o prestadores (de acuerdo a la región), en un uso permisivo y evidente de posiciones dominantes. Es hora que el gobierno actualice y apruebe, el estudio de un manual tarifario “PISO”, que garantice al menos, que se está reconociendo el costo mínimo, que tiene la prestación de un servicio, procedimiento o el suministro de una tecnología, con un margen razonable y sostenible de utilidad, a partir de cuya tarifa, se puedan reconocer incentivos por calidad, seguridad, oportunidad y otros indicadores deseables de gestión y especialmente de resultados.

5. El Quinto Elemento: no sería correcto dejar de mencionar a la CORRUPCION que desangra al sector en todos los niveles. Hay corrupción en el estamento público, en el ente territorial, en el aseguramiento, en la prestación de servicios, en la prescripción inducida, en la compra y dispensación de medicamentos y de insumos médicos, en la defensa “virtuosa” de pacientes, en la vigilancia y el control que se amañan a la fuerza política de turno, y claro debemos ser inflexibles en su búsqueda activa, descubrimiento y castigo; Pero esto es distinto, a colocarle el INRI de corruptas a todas las EPS o IPS, o instituciones del Estado, y de corruptos a todos sus trabajadores o funcionarios públicos vinculados. Soy uno de esos defensores de puntualizar este problema, y de individualizar, acusar y rastrear sin descanso, a los que, efectivamente, se enriquecen ilícitamente con los fondos de la salud, en cualquier cargo que se encuentren, y de judicializarlos y establecer sanciones ejemplarizantes. Ninguna Supersalud, ninguna fiscalía, ninguna procuraduría o contraloría serán suficientes, si la cultura del dinero fácil no es reemplazada por la cultura del emprendimiento, del esfuerzo, de la lealtad, de la honestidad y de la transparencia, y esta es de verdad, una tarea pendiente de todos como sociedad

que se marchita. Y por otro lado, me parece indispensable, dejar de enneguarnos por esa cortina de humo, que algún habilidoso elaboró, para que de manera incauta, echemos el agua sucia sobre un único actor, desentendiéndonos de los múltiples males raizales sectoriales, a los que debemos hacer frente con valentía y de inmediato.

CONSULTORSALUD está plenamente convencido, que más útil e importante, que seguir acusando y condenando sin juicio previo a través de los medios de comunicación amarillistas, a los aseguradores y prestadores, es prioritario, volver a refundar el sector desde sus bases, llegando a suscribir acuerdos sociales fundamentales sobre los cimientos, las cuatro (4) reglas básicas, y el quinto elemento que acabamos de repasar, y que mantendrán a flote y harán más efectivo, seguro y exitoso el sistema general de seguridad social en salud, convirtiéndolo en el anhelado generador de bienestar nacional.

SECTOR SALUD EN ROJO Y CRECIENDO

Aprovechando la movilidad entre regímenes, son ahora 40, las EPS que aseguran a la población del régimen contributivo, y 52 las EPS que aseguran el subsidiado. Con corte a diciembre de 2014, solo siete (7) de 17 EPS propias del contributivo que reportaron información, cumplían con los dos estándares de permanencia, cinco (5) incumplían con uno de los dos, y cinco (5) más, incumplían con los dos estándares.

El balance en el régimen subsidiado era mucho menos alentador: seis (6) EPS propias del subsidiado cumplían con los estándares de permanencia, otras seis (6) incumplían con uno de los dos, y el resto, veinte (20) incumplían con los dos estándares de permanencia.

Este panorama será mucho más complicado si se quiere, cuando la Superintendencia nacional de Salud, dé a conocer los resultados financieros en las próximas semanas, luego de la aplicación del Decreto 2702 de 2014, que las obliga a realizar: a) un saneamiento contable definitivo, b) a mantener un patrimonio adecuado muchísimo más grande que el actual, y c) a realizar reservas técnicas a la vista, sobre sus nuevas obligaciones sectoriales mensuales.

Para poner un ejemplo cualquiera, el patrimonio reportado por Coomeva EPS a diciembre de 2014, era cercano a los \$20.000 millones, y el nuevo patrimonio adecuado que le exige el decreto 2702 de 2014, supera los \$120.000 millones, debiendo aportar este año el 10% del faltante patrimonial, amén de cumplir con la atención de sus obligaciones pretéritas y los nuevos servicios prestados por sus redes prestatarias.

Las obligaciones para con los prestadores, reportados recientemente por la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales, mencionaba una cifra de más de 5 billones de pesos, que enluta a todo el sector, pero que no corresponde a la cifra completa del sistema.

El “amarre” de los nuevos recursos de UPC, al pago de las obligaciones corrientes, me parece fabuloso, pues garantiza el uso pleno de este dinero en servicios autorizados y prestados en cada periodo mensual a partir de este año 2015, y como lógica consecuencia, limita o restringe casi por completo, la liberalidad que tenían las gerencias de las EPS de ambos regímenes, para amainar la presión de las deudas previas, con recursos frescos, que muy seguramente deberán salir a partir de ahora, de fondeos de capital por parte de sus accionistas, de créditos blandos ofrecidos por el Estado, de renegociaciones de las obligaciones y de los contratos de prestación de servicios, de incrementos de UPC, o de movimientos inter-empresariales tipo uniones, fusiones, incorporaciones, escisiones o liquidaciones.

EL RESCATE FINANCIERO DEL SECTOR SALUD

Creo que no es prudente dejar pasar más tiempo, para presionar por parte del gobierno, la adopción de medidas urgentes y extraordinarias para evitar el colapso sectorial, que como hemos visto, tiene síntomas inequívocos de estar ad portas de llegar.

NO quiere esto decir, que las medidas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, y especialmente por el actual Ministro Alejandro Gaviria, no vayan en la dirección correcta, y sean algunas de ellas, de una dimensión absolutamente genial; está claro que la compra de cartera, la igualación de los planes de beneficios, el incremento de la UPC, la nivelación de la UPC en las grandes capitales, la política de control a los precios de medicamentos, el uso de los recursos atorados en los fondos locales de salud, la movilidad entre regímenes, la portabilidad nacional, las nuevas condiciones de habilitación financiera de las EPS, la eliminación del Fosyga, el giro directo, etc, son medidas apropiadas, necesarias, importantes, pero lamentablemente insuficientes, debido al tamaño y la presión que ejerce actualmente, la inmensa deuda sobre el sistema, que se dejó acumular de manera permisiva por parte de TODOS los actores, pero especialmente por gobiernos previos y laxos y poco diestros en los temas sensibles que he descrito previamente.

CONSULTORSALUD, está convencido, que el problema es de un faltante estructural, más que de un emboque de los dineros, que se enredaron en tal o cual actor.

Se hace indispensable entonces, dotar al gobierno de la autoridad y las facultades suficientes e inmediatas, para que sea capaz de encausar toda la viabilidad jurídica, técnica y financiera para rescatar el sector de la salud, y simultáneamente, garantizar que no continúe la prevalencia de las condiciones fundacionales anómalas, que nos han traído hasta aquí, al tiempo que prevenga, que no vayamos a borrar de un plumazo, los innumerables logros que la aplicación del SGSSS nos ha dejado hasta el momento.

¿ESTA PREPARADO EL GOBIERNO PARA EL RESCATE O PARA ALGO MÁS?

Estoy plenamente convencido que el gobierno en general, y el Ministerio de salud en lo particular, están tan preocupados con el tema, que ya han construido un marco legal al menos primario, que les permite en cualquier momento, decretar las medidas necesarias y suficientes para intervenir a fondo el sistema; veamos dos (2) de ellas:

El artículo 68 de la Ley 1753 de 2015, o Ley del Plan Nacional de desarrollo menciona lo siguiente:

Sin perjuicio de lo previsto en las demás normas que regulen la toma de posesión y ante la ocurrencia de cualquiera de las causales previstas en el artículo 114° del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Superintendente Nacional de Salud podrá ordenar o autorizar a las entidades vigiladas, la adopción individual o conjunta de las medidas de que trata el artículo 113° del mismo Estatuto, con el fin de salvaguardar la prestación del servicio público de salud y la adecuada gestión financiera de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las medidas especiales que se ordenen se registrarán por lo dispuesto en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, incluido el artículo 291° y siguientes de ese estatuto, en lo que resulte pertinente a las medidas especiales; el Decreto 2555 de 2010; las disposiciones aplicables del Sector Salud y las normas que los sustituyan, modifiquen o complementen. El Gobierno Nacional reglamentará la forma de armonizar las medidas especiales o preventivas de la toma de posesión para su adecuada implementación en el Sector Salud.

Con cargo a los recursos del Fosyga - Subcuenta de Garantías para la Salud, el Gobierno Nacional podrá llevar a cabo cualquiera de las operaciones autorizadas en el artículo 320 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

Estos superpoderes que la Nueva Ley del Plan, le otorga a la Superintendencia Nacional de Salud incluyen: a) indicar vigilancias especiales, b) ordenar recapitalizaciones, c) iniciar administraciones

fiduciarias, d) ordenar cesión total o parcial de activos pasivos y contratos a las empresas del sector, e) exigir fusiones, f) iniciar programas de recuperación, y g) programas de desmonte progresivo... Asombroso.

Además de estas nuevas funciones, que casi nadie en el país ha revisado, las que anuncia ese mismo artículo, incluyen la facultad para h) convertir instituciones de naturaleza cooperativa en sociedades anónimas.

Aquí vemos una mezcla de terapias, que ya van a recibir EPS como Caprecom (desmonte progresivo), y Saludcoop (transformación en sociedad anónima), más una gran cantidad de superpoderes, de los que fue investida la Supersalud, y con los cuales muy seguramente, podría hacerle frente a un rescate financiero o a una emergencia sanitaria, reestructurando integral y rápidamente el ecosistema nacional de la salud.

Pero además, el Artículo 69 de la misma Ley 1753 de 2015, viene dotada de una herramienta muy poderosa (que debe pasar la prueba de constitucionalidad), y que le permite ahora al Ministerio de Salud y Protección Social, tomar medidas extraordinarias, y que fue titulada “Medidas de emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos”, y que textualmente establece:

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) podrá declarar la emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos, cuando se presenten situaciones por riesgo de epidemia, epidemia declarada, insuficiencia o desabastecimiento de bienes o servicios de salud o eventos catastróficos que afecten la salud colectiva, u otros cuya magnitud supere la capacidad de adaptación de la comunidad en la que aquel se produce y que la afecten en forma masiva e indiscriminada generando la necesidad de ayuda externa.

En los casos mencionados, el MSPS determinará las acciones que se requieran para superar las circunstancias que generaron la emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos con el fin de garantizar la existencia y disponibilidad de talento humano, bienes y servicios de salud, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional. Cuando las acciones requeridas para superar dichas circunstancias tengan que ver con bienes en salud, la regulación que se expida deberá fundamentarse en razones de urgencia extrema.

Lo dispuesto en este artículo podrá financiarse con los recursos que administra el Fosyga o la entidad que haga sus veces, o por los demás que se definan.

EN SUS MARCAS, LISTOS....

Yo no sé, si luego de esta lectura cuidadosa de la situación actual de la salud en Colombia, usted pensará lo mismo que estoy pensando yo, y es que el gobierno podría inclinarse en cualquier momento, por declarar una emergencia sanitaria, por insuficiencia de servicios de salud que afectan la salud colectiva u otra de las varias causales que todos tenemos en mente (que bien podría ser la iliquidez o insolvencia de miles de actores entre aseguradores y prestadores).

No hay duda que estas circunstancias, superan la capacidad de adaptación de la comunidad, pues cada día se cierran servicios o IPS completas, y más EPS son intervenidas o liquidadas, afectándola de forma masiva e indiscriminada, y generando la necesidad de ayuda externa.

Y para ser totalmente coherente con lo que pienso, más que declarar una emergencia sanitaria, me gus-

taría que el gobierno iniciará ya EL RESCATE DEL SECTOR SALUD COLOMBIANO, corrigiera de fondo las causales que hicieron necesaria tal intervención, y sancionara ejemplarmente a los corruptos que contribuyeron a este estado de cosas inconstitucional.

NOTA: no estoy pidiendo el rescate de las EPS, tampoco del Sistema, pero si del Sector Salud... para aquellos que no tienen la habilidad de leer correctamente la gráfica, y en cambio, poseen el extraño don, de ser incorrectamente interpretativos J

PERO ES ESTA, LA ÚNICA SALIDA?

No creo.

Nuestro sistema de salud y sus actores, se han ido adaptando con el paso de los años, a soportar la carga financiera de las deudas crecientes, y de flujos intermitentes de recursos, y han perfeccionado el arte de esquivar (bajo la mirada distraída, de algunas instituciones que tienen responsabilidades de inspección, vigilancia y control), las normas regulatorias, que de aplicarse como están escritas, terminarían con una catástrofe empresarial sectorial de marca mayor, que no es otra cosa que su ruina completa.

Podría entonces construirse un escenario hipotético, en este punto y hora, en donde bajo la protección del paraguas del Decreto 2702 de 2014, que otorga siete (7) años de plazo a las EPS, para lograr el perfeccionamiento de su patrimonio adecuado, estas (las EPS), le propongan a las redes públicas y privadas contratadas, el pago de las obligaciones vencidas, en módicas cuotas mensuales, mientras dura ese periodo de transición.

De ser así, las IPS, los proveedores de bienes y servicios, y los trabajadores de la salud, deberían resignar el cobro de sus obligaciones, hasta por ochenta y cuatro (84) meses, o más, dependiendo de la capacidad de negociación de las partes.

No sobra recordar, que han sido las IPS, los proveedores de bienes y servicios, y los trabajadores de la salud, las entidades y personas que han subsidiado y apalancado el sistema de salud de manera clara pero silenciosa, durante muchos años, presionados por posiciones dominantes, sin capacidad real de reclamar siquiera, el pago de intereses moratorios, manteniendo en funcionamiento un sistema que ahora evidentemente, no está siquiera retribuyendo los mínimos económicos que exige la sobrevivencia.

Estoy seguro, finalmente, que el gobierno, es consciente de esta delicadísima situación, tanto como puedo prever, que esperará al último momento, para saber si tiene que “meterse la mano al dril” (como diría mi padre), e iniciar el Rescate del Sector Salud, o, por el contrario, permite una vez más, que sea el mercado imperfecto, el mecanismo que vuelva a actuar, y sean los particulares y trabajadores de la salud desesperados y arrinconados, los que le sigan metiendo el hombro y su dinero al sistema, apretando los dientes, pero simultáneamente, cerrando servicios y agendas por todo el país, obligados por la insolvencia, los que aplacen por unas semanas o meses más, un indeseable desenlace de la salud, elevando entre tanto, a niveles insoportables, injustos y en ocasiones mortales, las palpables barreras de acceso para los pacientes, y convirtiendo al sector salud colombiano, en una bomba de tiempo social.

Yo creo que llegó la hora de considerar el salvamento del sector salud, como la medida extraordinaria a utilizar.

Señor Presidente: ¿usted qué opina?

<http://www.consultorsalud.com/rescate-financiero-al-sector-salud-en-crisis#sthash.jliYArb2.dpuf>