

Reformas al sistema o políticas claras

Alfonso Valencia Cicedo, M.D.*

En mis épocas de docente en las áreas administrativas a los futuros médicos de la Universidad Libre de Cali, como introducción a los sinsabores administrativos les pedía que calcularan los costos de aprender medicina en nuestro país, así, a través de ejemplos simples identificaban los componentes del costo y percibían el valor del esfuerzo que ellos y sus familias habían realizado para convertirlos en la esperanza de la atención en salud de los colombianos. Al finalizar el curso debían realizar un ejercicio desagradable para la mayoría, comparar los ingresos promedios del mercado con los de otras profesiones y ocupaciones. Siempre al llegar a este tema soportaba la diatriba contra la Ley 100 y les proponía el reto de colocarles cinco como nota final si demostraban en que parte del libro segundo de la mencionada Ley se hacía referencia a la exigua remuneración médica que les impedía recuperar la inversión realizada.

REFORMAS AL SISTEMA O POLÍTICAS CLARAS

Desde la promulgación de la ley 100 de 1993 hasta la fecha se han expedido más de 200 decretos reglamentarios, 500 resoluciones y un sinnúmero de acuerdos y resoluciones que han logrado que un esquema sencillo de brindar atención en salud a una población determinada con unos beneficios uniformes, se convierta en un galimatías extenso y pesado que ni siquiera los padres de la patria pueden interpretar.

La Ley 100 fue concebida bajo sencillos principios que permitieran brindar servicios de salud de manera oportuna y eficaz eliminando barreras de acceso y bajo la administración de empresas ágiles y eficientes. Que garantizaran la atención adecuada de sus usuarios y el flujo de recursos de manera eficiente hacia las instituciones de salud. Desafortunadamente en un país plagado de buenas intenciones lo que sucedió fue lo contrario, se perdió el control y la población en general ve como los servicios cada vez son más limitados y la garantía de la salud cada vez menor.

ESTADO ACTUAL

Para poder solucionar el problema del financiamiento de los servicios de salud se parte de una mezcla de modelos los cuales adoptaron las buenas intenciones de europeos y americanos en busca de la salud de sus habitantes desafortunadamente partimos de premisas erradas que dieron al traste con el modelo de atención. En primera medida un modelo basado en las bondades de la promoción y la prevención (medicina preventiva) en un país crónicamente enfermo llevo a una demanda elevada de los servicios de una población ávida de ellos; como segunda medida un cálculo del valor de pago deficitario desde sus inicios derivado de la primera premisa y como tercera medida una crisis económica generalizada con un desempleo elevado que disminuye los aportes de los trabajadores y limita el progreso del modelo.

De otro lado, las contiendas políticas, los procesos ocho mil y semejantes hundieron la nueva ley en un sopor propio de la época del ruido y al mejor estilo Macondiano se nos olvido la salud para dedicarnos a cosas más importantes como los carteles o las zonas de distensión.

Después de diez años de ley en vigencia y luego de múltiples ires y venires el panorama es similar al que se vivía antes de la misma. Según el Ministerio de la Protección Social en su informe de indicadores básicos 2003, de más de 43 millones de habitantes, el 30% se encontraba afiliada a el régimen contributivo, el 26% al régimen subsidiado y el 43.8% de la población no tenía ningún tipo de afiliación (19 millones de personas), si lo analizamos con ojos diferentes a los que realiza el DANE, no se hace referencia a cuántos de los afiliados al régimen contributivo están al día con sus aportes y mucho menos cuántos de los afiliados al régimen subsidiado laboran o tienen doble afiliación; en pocas palabras antes de la Ley 100 todos los trabajadores dependientes estaban afiliados a un prestador y los no trabajadores se atendían con cargo a los recursos del estado, como

* Subdirector Científico Hospital Santa Clara E.S.E.

la discusión no debe darse sobre la calidad de los servicios sino sobre la existencia de ellos no entraremos a discutir si el modelo anterior era bueno o malo.

Más de diez años después la situación de las clínicas, hospitales y profesionales de la salud no es mejor sino peor, se vapulea una Ley que en ninguno de sus libros, capítulos o numerales habla del valor de la remuneración de los profesionales ni de las tarifas que se deben pagar a los mismos o a los diferentes prestadores y se utilizan los contenidos de la misma no para solucionar problemas sino para evadir las responsabilidades.

PROPUESTAS?

En los últimos seis meses ha habido un despliegue desmedido en el sector político sobre la necesidad de reformar nuestro sistema de salud, no se habla de otra cosa en lo que a nosotros se refiere, pero, ¿qué es lo que se pretende?

Los planteamientos son varios pero deben ser mirados con ojos cautelosos y no con la esperanza que como dice nuestro Himno Nacional "Cese la Horrible Noche".

Como primera medida se quiere reformar la administración del régimen subsidiado. Por qué sólo el subsidiado? Es absurdo pensar que todos los males del sector salud se puedan achacar a la parte del sistema que tiene menos recursos. Por que no proponer un cambio integral que permita mejorar las condiciones de salud de los colombianos sin descuidar las condiciones de los empleados del sector?. Desde mi punto de vista la coyuntura es política y no analítica. El Régimen Subsidiado posee una capacidad electoral inmensa, lo manejan los entes territoriales lo que por extensión significa que lo maneje el grupo político de turno o aquel que aspira a manejar el poder, el régimen Contributivo tiene un manejo impersonal, no maneja poderes, sólo necesidades, generalmente insatisfechas de la población afiliada.

Dentro de las reformas se plantea que sean las Cajas de Compensación Familiar las que administren el régimen subsidiado pues sus características de entidades sin ánimo de lucro y de entidades eficientes sugieren que estas entidades son idóneas para el manejo de los recursos del sistema. La inquietud que surge es si estas instituciones, que tienen diferentes frentes de trabajo y una alta rentabilidad están dispuestas a administrar un sistema que ha demostrado

que su alta rentabilidad radica en la baja remuneración y la evasión de los pagos a las diferentes instituciones, además de diseñar todo tipo de estrategias para evadir las obligaciones económicas que han adquirido. De otro lado la selección que los entes territoriales hacen de los pacientes con enfermedades Catastróficas y de Alto Costo obligan a destinar a su atención grandes sumas de dinero que impiden la atención de los pacientes con enfermedades comunes que son de igual importancia e impacto.

Como componente de este primer punto han planteado los diferentes reformistas la creación del Fondo Colombiano de Salud "FOCOS" una fiducia creada y manejada por el gobierno para manejar los recursos directamente con los Administradores del Régimen Subsidiado, o como una única administradora a nivel nacional, sin que los entes territoriales participen de manera directa en el flujo de los recursos. Parte de una premisa falsa, y si recordamos nuestra filosofía del bachillerato, una premisa falsa siempre tendrá una conclusión falsa. No podemos decir que sólo el gobierno central está libre de corrupción o que éste sea el que tenga la mejor organización administrativa; FISCALIA la fiducia que actualmente maneja los recursos para pago de los accidentes de tránsito por carros fantasma, eventos catastróficos y la atención a desplazados, tiene un atraso en sus cuentas con las diferentes instituciones de salud de más de dos años; crear un fondo único para el manejo de los recursos no garantiza el flujo de los mismos, no evita los malos manejos y mucho menos permite que los dineros se destinen a la atención de los pacientes, esta figura es volver a la época del Fondo Nacional Hospitalario, donde los recursos fluían mejor en la medida que los gerentes o directores tuvieran buenas relaciones con el grupo político que en su momento manejara el susodicho fondo. Sólo suponer que se crea una gran empresa de nivel nacional que manejará los casi 16 billones de pesos de recursos del Régimen Subsidiado es pensar en una empresa de tamaño gigantesco manejada como fortín político del gobierno de turno y dejando en la calle a los miles de empleados que de una manera u otra laboran con las actuales administradoras.

Como segunda medida una de las reformas contempla determinar el ingreso mínimo de los trabajadores de la salud. Esta es quizá la intención más loable de las propuestas, sin embargo es la que menos difusión ha tenido en los medios hablados o escritos, ¿será que nuestro potencial como votantes es tan escaso que ni siquiera somos noticia de prensa?. Determinar el ingreso mínimo de acuerdo a la preparación de cada uno de los integrantes de la fuerza

laboral del sector salud es necesario, pero con parámetros claros, ajustados a la realidad del país y al esfuerzo que cada grupo de trabajadores ha invertido en su formación y en la correcta atención de los pacientes. En un país donde el valor de la hora laborada por un especialista en medicina es inferior a lo que puede percibir un peluquero o un manicurista (sin demeritar ningún tipo de profesión), es imposible garantizar una población saludable y un impacto en salud demostrable. Determinar el ingreso mínimo de los empleados del sector salud no debe contemplar únicamente a los empleados públicos, la propuesta debe proteger a la totalidad de las integrantes del sector (contratistas, cooperativas, empleados de planta). No es un secreto que un gran número de empresas del sector asegurador disminuyen la remuneración de los profesionales que tienen contratados con la excusa de controlar "el Gasto Asistencial", no sería más fácil disminuir los salarios de los directivos que golpea los ingresos de los directos responsables de la atención y cuidado de los enfermos?

Como último punto crear un nuevo régimen subsidiado, como el actual tiene fallas es mejor crear uno nuevo que permita el estudio durante otros diez años luego de los cuales y debido a los múltiples errores de este "Nuevo Régimen" creemos un "Nuevo nuevo Régimen Subsidiado" y así sucesivamente. No es posible que se considere que lo mejor que puede pasar con un modelo útil pero poco controlado, con ausencia completa de organismos especializados de inspección, vigilancia y control, es crear un modelo nuevo no controlado y con la ausencia perenne de organismos que controlen los recursos, el impacto y los beneficios de salud de los colombianos. Pensar que por que se cree un modelo nuevo la corrupción y la malversación van a desaparecer es no sólo infantil sino absurdo.

Si el problema sobre lo diagnosticado es la corrupción y la mala utilización de los recursos, debería entonces fortalecerse las instituciones que evitan esa corrupción, una Superintendencia Nacional de Salud, anacrónica, inerte, mal diseñada, totalmente centralizada, no es garantía para que la Ley 100, sus reformas, modificaciones y subsistemas subsistan; un Ministerio Fusionado que ha pasado a ser la esperanza de muchos a la "desprotección" de la mayoría de los participantes del sistema; aprovechar los usuarios del Régimen Subsidiado como fortín político no deja de ser un ejemplo de la misma corrupción que se quiere combatir; plantear que el ajuste en las remuneraciones a los integrantes del sector se debe circunscribir solamente a los empleados públicos es dejar el 70% de los profesionales, técnicos y auxiliares de las

diferentes áreas sin ajuste y dejar que aquellas instituciones que de manera repetitiva controlan su costo a expensas de los trabajadores, continúen en esta práctica; pensar que el problema es del Régimen Subsidiado únicamente y que el Contributivo y los sistemas de Medicina Prepagada están exentos de problemas y que en ellos las condiciones son las mejores es querer tapar el sol con las manos. No tenemos un modelo ideal, pero dedicarnos a modificar parcialmente las situaciones, sin remedios de fondo y no de forma, no es la solución a un dilema de atención y salud, hay que retomar la salud pública como herramienta de control de las enfermedades trazadoras de la comunidad. Los diferentes proyectos plantean una serie de cambios orientados a contener el gasto en salud, solamente uno, identificado como el proyecto alternativo de reforma, contempla los resultados en salud de una población como fundamento del control de la ejecución de los recursos por parte del asegurador, ninguno de los cinco proyectos revisados plantea la necesidad de medir el impacto de las acciones de salud ni la importancia de contar con perfiles epidemiológicos propios confiables.

Todas las propuestas tienen por supuesto una motivación única respetable como es la de lograr un sistema de salud fortalecido que atienda a las personas menos favorecidas del país, con fortalecimiento de la salud pública (se sigue pensando que salud pública es promoción y prevención), el problema es que los menos favorecidos no son únicamente los afiliados al Régimen Subsidiado. Será que un obrero que tenga un ingreso cercano al salario mínimo es más favorecido que un trabajador independiente con el mismo ingreso?; será que las acciones de salud pública son sólo aplicables a la población con menos ingresos y menos necesidades básicas insatisfechas?; estas premisas deben ser motivadas por aquello que el cáncer pulmonar, la hipertensión arterial o la tuberculosis afortunadamente para la raza humana son enfermedades de alta inteligencia y discriminan de manera precisa a quienes están en cada régimen para poder contribuir uniformemente con la carga de enfermedad esperada para la población según su estrato o nivel del SISBEN.

La solución no puede ser cambiar un problema por otro, la solución radica en los cambios de fondo, radicales, que no dejen espacio a la libre interpretación ni al tamaño de las condiciones de atención de los habitantes de un país. No se puede concebir una ley de seguridad social en salud que permita que los administradores de los recursos planteen sus propias normas en detrimento de la salud de cuarenta millones de habitantes y a expensas de los trabajadores de un

sector que no juega con números, ni especula en la banca. Los miembros del sector salud trabajamos para mantener la población saludable, para garantizar que los años de vida saludable y productivos sean los esperados para una comunidad como la nuestra y es en ello en donde los esfuerzos de una reforma deben mostrar sus resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Congreso de Colombia Ley 10 de 1990, por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá enero 10 de 1990.
2. Congreso de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá, diciembre 23 de 1993.
3. Programa de apoyo a la implementación de la reforma del SSS. Liderado por la Universidad de Harvard, Segundo informe, 1996.
4. Esguerra R. Reflexiones sobre la reforma y los hospitales. En el papel de la inversión en la transición al régimen subsidiado. Fedesarrollo-Fundación Corona. Bogotá, Tercer Mundo, 1996; 13-6.
5. Alianza para la investigación en políticas y sistemas de salud, «Promover la investigación de políticas para el desarrollo de los sistemas de salud», en *Boletín de la AIPSS*, No. 2, diciembre, 2000.
6. Banco Mundial, *World Development Report 1993. Investing in Health*, Washington, 1993.
7. Bas, Enric, *Prospectiva, herramientas para la gestión estratégica del cambio*, Barcelona, Ariel, 1999.
8. Bobadilla, José Luis, "Investigación sobre la determinación de prioridades en salud", en *Observatorio de la Salud*, México, Fundación Mexicana para la Salud, 1997.
9. Comisión de las Comunidades Europeas, *Gestión del ciclo de un proyecto, enfoque integrado y marco lógico*, s. l., 1993.
10. Commission on Health Research for Development, *Health Research, Essential Link to Equity in Development*, Nueva York, Oxford University Press, 1990.
11. Eslava, Julia, *Mapa normativo y de incentivos*, documento técnico ASS/760B-00, Programa de Apoyo a la Iniciativa Privada para el Régimen Subsidiado de Salud en Colombia, Bogotá, Banco Interamericano de Desarrollo, Fundación Social, Fundación Corona, Cendex-Pontificia Universidad Javeriana, 2000.
12. Garavito, Liz y otros, *Análisis de gestión institucional y financiera de las ARS*, documento técnico ASS/857-01, Programa de Apoyo a la Iniciativa Privada para el Régimen Subsidiado de Salud en Colombia, Bogotá: Banco Interamericano de Desarrollo, Fundación Social, Fundación Corona, Cendex-Pontificia Universidad Javeriana, 2001.
13. O'Meara, Gloria y otros, *Análisis descriptivo del mercado de aseguramiento*, documento técnico ASS/756B-00, Programa de Apoyo a la Iniciativa Privada para el Régimen Subsidiado de Salud en Colombia, Bogotá, Banco Interamericano de Desarrollo, Fundación Social, Fundación Corona, Cendex-Pontificia Universidad Javeriana, 2000.
14. Pinzón, Jennifer y Peñaloza, Enrique, *Análisis descriptivo de equilibrio económico en el régimen subsidiado de salud en Colombia*, documento técnico ASS/759B-00,
15. Proyecto de Colaboración para la Reforma de la Salud, *Métodos alternativos de pago a proveedores. Incentivos para mejorar la prestación de los servicios*, Cartilla de Políticas de PHR, 1998.
16. República de Colombia, Ministerio de Salud, *Informe anual a las comisiones séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes, periodo 2000-2001*, Bogotá, 2001.
17. Programa de Apoyo a la Reforma, Unión Temporal Bitrán y Asociados- ESAP-Econometría, *Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos públicos y privados encargados de adelantar la afiliación, pago y recaudo de aportes al sistema*, s. l., s. f. Rice, Tomas, "The Economics of Health Reconsidered", en AHSR, 1998.
18. Ruiz, Fernando, "La crisis en el régimen subsidiado de salud. ¿Falla regulatoria o falla de mercado?", en *Revista Coyuntura Social*, Fedesarrollo, Bogotá, 2001.
19. Saltman, Richard y Figueras, Josep, "Reformas sanitarias en Europa. Análisis de las estrategias actuales", en *World Health Organization*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 1997.
20. World Health Organization, *The World Health Report 2000, Health Systems Improving Performance*, Geneva, 2000.
21. Proyectos de Reforma a la ley 100 Números 19, 24, 33, 158, 180, 236, por los cuales se plantea la modificación parcial de la ley 100 de 1993.