

El pensamiento de la ACHC sobre el presente y futuro del sistema de salud colombiano¹

Desde la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, ACHC, partimos de la creencia que el Sistema de Salud colombiano debe tener una Visión y el actual adolece de ella, por esto el trabajo y las propuestas hechas por el gremio a lo largo de los últimos años, han tratado de recuperar ese elemento estratégico y fundamental para alcanzar resultados óptimos en la salud de los colombianos.

La ACHC cree que por principio y tomando como base la dignidad del ser humano el sistema de salud deber ser:

- ☞ **Un sistema humanista:** Los ciudadanos, los usuarios, los pacientes deben ser los ejes del modelo. Los otros eslabones: los hospitales, los administradores y el gobierno tienen que ser medios para llegar a que esos seres humanos tengan un mejor nivel de salud.
- ☞ **Un sistema prevenciónista:** Que salga a buscar los sanos y no solamente espere los enfermos como ocurre hasta el día de hoy.
- ☞ **Un sistema eficaz:** Que en caso de enfermedad, atienda de manera oportuna, integral y eficiente, controlando sobrecostos y complicaciones prevenibles.
- ☞ **Un sistema donde la calidad sea un atributo y no un sobrecosto:** No se puede seguir ahorrando en pesos para malograr vidas. Hay que invertir en buena calidad y reducir los costos de no calidad.
- ☞ **Un sistema igualitario:** Los mismos derechos, las mismas prestaciones
- ☞ **Un sistema resultadista:** Se debe orientar a conseguir unos cambios positivos en el perfil epidemiológico de la población. Todo lo que tiene que ver con cobertura, como gasto y otras cuestiones, son sólo unos resultados intermedios.
- ☞ **Un sistema bien dirigido y bien gobernado:** Que use bien los recursos, sin corrupción.
- ☞ **Un sistema racional:** Hay que hablar de la eficacia clínica y de la eficiencia económica, pero también disminuir los costos de transacción y propender porque el sistema lo entiendan los ciudadanos.
- ☞ **Un sistema bien regulado:** Que existan reglas claras y que se cumplan. No se trata de tener un alto volumen de normas.
- ☞ **Un sistema lógico:** Que incentive mejores resultados, que subsidie la oferta pública donde sea indispensable, que promueva la cooperación como base de la sana competencia y que refuerce la formación del recurso humano preservando los centros de práctica y hospitales universitarios que se requieran.

¹ Documento elaborado Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC. Juan Carlos Giraldo Valencia, Director General.

1. Diagnóstico del Sistema de salud actual

Desde hace más de 10 años la ACHC ha observado el comportamiento del sistema de salud y ha alertado a la opinión pública en general y al sector salud en especial sobre el paulatino deterioro del mismo. Esas alertas se han renovado periódicamente y han sido expresadas en procesos legislativos como el que se inició en el año 2003 que culminó con la expedición de la Ley 1122. Posteriormente, hace cerca de dos años, se indicó por parte del gremio que el sistema había llegado al máximo de su potencialidad y que debería ser sometido a cambios en sus estructuras. Algunas de esas sugerencias fueron tenidas en cuenta durante la discusión de la Ley 1438; sin embargo, el escaso desarrollo reglamentario de esa norma hizo que esta situación, descrita como una crisis tratable, evolucionara hasta el actual momento en el que consideramos que el sistema ya muestra signos en diferentes dimensiones de ser un **sistema fallido**.

1.1. Evidencias

Para sustentar la anterior aseveración se ha mostrado al sector una serie de evidencias que se enuncian a continuación:

- i) **Los resultados en salud** en términos de indicadores sanitarios globales, no son alentadores, especialmente las cifras derivadas del estudio de carga de enfermedad y algunas de la Encuesta Nacional de Salud. Los Avisos totales se han incrementado, las incidencias y prevalencias de condiciones crónicas van en aumento demostrando que en el pasado muchas labores de promoción y prevención no se hicieron debidamente y por lo tanto el futuro estará durante mucho tiempo dominado por enfermedades de alto impacto epidemiológico y alto costo económico y social.
- ii) De igual manera en **lo operacional**, continua la tendencia a la sobreutilización del esquema asistencial de manera marcada a través de los servicios de urgencias. Ese hecho se acompaña por el crecimiento de las quejas y reclamos de los usuarios y se relaciona negativamente con el incremento de la agresividad de la población contra el personal sanitario.
- iii) En lo gubernamental, se observa una crónica **debilidad en la regulación** del sector y una muy lenta reglamentación de la Ley 1438; norma que a la fecha ha vencido los plazos concedidos al Gobierno para sus desarrollos posteriores.

- iv) El panorama del **flujo de recursos** lejos de mejorar continúa siendo uno de los principales problemas del sistema. Las cifras de cartera continúan incrementándose tanto en monto como en antigüedad, hecho que ha llevado a muchas instituciones hospitalarias al cierre de servicios y a múltiples adaptaciones que ponen en peligro la asistencia normal a la población.
- v) Sumado a lo anterior el sistema ha consolidado de manera lenta una forma de operar que a todas luces es anormal, pues medidas pensadas como **soluciones extraordinarias** se han posicionado como formas usuales de operación; entre ellas se destacan: i) el uso de la tutela, que no solo se ha vuelto a incrementar, sino que cerca del 70 % de ellas son interpuestas pidiendo coberturas incluidas en el POS-; ii) el uso persistente del mecanismo de recobros por prestaciones No- Pos y iii) el uso del giro directo como único mecanismo eficaz para garantizar el flujo de los recursos.
- vi) A lo anterior se suma la precariedad del funcionamiento del mal llamado **aseguramiento** que hacen las EPS. Un número muy alto de estas empresas están siendo intervenidas, están en liquidación o son sujeto de medidas cautelares como la llamada vigilancia especial. Este hecho reviste especial gravedad cuando se entiende que las dos terceras partes de la población (66%) está afiliada al sistema a través de esas entidades, las cuales más que operar, disfuncionan, poniendo en riesgo a la población a su cargo. De igual manera el país no olvida que las EPS del régimen contributivo no escapan a la problemática mencionada, sino que han sido protagonistas de severas sanciones por diferentes autoridades; siendo la más grave la impuesta por la Superintendencia de Industria y Comercio que dictaminó cartelización y una serie de acuerdos respecto a los contenidos del POS. Esta conducta fue descubierta en gran parte de los integrantes de un gremio asegurador. Por si fuera poco, una encuesta de percepción de sistemas de salud en 23 países evidenció que sólo el 8% de los colombianos encuestados se sintió satisfecho con el funcionamiento del sistema de salud.
- vii) Todo lo anterior es más sombrío si se recuerda que el sistema de salud está en entredicho por un gigantesco escándalo de **corrupción** revelado por el Gobierno nacional, del cual se ha conocido su comienzo y primeros desarrollos, pero que aún no llega a las conclusiones, que sin duda comprometerán muchas instituciones del sector, pero especialmente del subsector del aseguramiento.

Los puntos anteriores están debidamente soportados en informaciones oficiales y observatorios técnicos y periodísticos que sirven de base al diagnóstico de sistema fallido, ya mencionado. Es necesario entonces actuar de forma tal que pueda pasarse a una fase propositiva de soluciones viables y acordes con la realidad del país y su sistema de salud.

1.2. Metodología para el cambio

En ese sentido, desde hace más de dos años, la ACHC viene promoviendo ante todas las instancias una discusión técnica que busca encontrar la mejor solución que preserve componentes funcionales y logros ya alcanzados pero que pueda modificar los esquemas caducos, corruptos o nocivos para la sociedad. La ACHC, entonces, ha propuesto un método con varias etapas.

- A- Ese método tiene que partir de la **observación comparativa internacional** y es por eso que en el año 2009 a propósito de la participación del gremio colombiano en el Congreso Mundial de Hospitales, se hizo un estudio de países latinoamericanos buscando encontrar los elementos comunes que pudieran predecir el logro de mejores resultado de salud. De ese trabajo se puede concluir que la independencia y especialización de roles, la solidaridad y la coexistencia del sector público con el sector privado son los elementos comunes que se relacionan fuertemente con un mejor estado de salud de la población.
- B- Superado el paso anterior y para evitar una política anti técnica de tierra arrasada, se debe juzgar de manera profunda y objetiva el funcionamiento del actual sistema para encontrar los **elementos que son deseables para conservar** en la nueva versión de sistema o en la evolución del actual, en consecuencia se proponen los siguientes:

-  La cobertura universal
-  La solidaridad obligatoria entre personas con capacidad de pago y las personas pobres
-  El mantenimiento de un plan de beneficios que sea igual para todos los ciudadanos, que tome como referente de diseño al perfil epidemiológico y que consulte la capacidad instalada y de tecnología del país. Se sugiere que la modalidad escogida garantice una serie clara y amplia de componentes que estén libres de interpretaciones por los agentes,

que se revise integralmente de manera obligatoria y periódica y que cuente con mecanismos de control social eficaces.

 El sistema obligatorio de garantía de calidad en lo posible extendiéndolo estrictamente a todos los intervinientes en el sector incluidos todos los niveles de gobierno.

 La participación comunitaria, que aunque incipiente tiene que ser componente obligatorio del siguiente sistema.

C- De los pasos anteriores se obtienen unos componentes básicos deseables; acto seguido se deben discutir las **alternativas teóricas** para reformar el sistema. Las opciones estudiadas son 5 a saber:

- Mantener el actual estado de cosas intacto
- Volver al antiguo sistema nacional de salud
- Implementar un esquema de administración regulada
- Desarrollar un sistema puro de Atención Primaria en Salud
- Implementar un esquema puro de seguro privado

De entrada, por obvia improcedencia, se descartan las primeras dos opciones y el análisis se hace sobre las tres restantes: administración regulada, Atención Primaria en Salud y seguro privado.

D- En la última fase de este método se analizan los pros y contras de **las opciones reales**, concluyendo que ninguna de las tres de manera autónoma puede representar la mejor solución. El componente de Atención Primaria en Salud – APS- debería ser la base de cualquiera de los sistemas de salud para la Colombia del futuro y por ende la mejor alternativa sería conseguir un esquema mixto bien de seguro privado más APS o de administración regulada más APS. A las alternativas se les hizo una estimación presupuestal e institucional usando un algoritmo que consta en el documento “Alternativas y Equilibrios”, publicado en 2010; y finalmente se concluye que la combinación factible para hacer una transición más fácil, conseguir unos resultados más rápidos y unos costos sociales y privados más lógicos, es la mezcla de administración regulada con base en APS.

Durante estos últimos años la ACHC presentó este método y estas conclusiones en las diferentes instancias, técnicas y políticas; posicionando la terminología y los conceptos en las campañas

presidenciales, en las conversaciones iniciales con el actual gobierno y posteriormente en el proceso legislativo 1438. Sin embargo, y como fue descrito al principio de este documento la realidad del sistema evolucionó de manera desfavorable y al no instrumentarse cambios profundos, nuevamente emergió la crisis haciendo que el método y las propuestas de la ACHC hoy más que nunca cobren vigencia como un camino de solución.

2. Llamado a la Acción

Pero al hacer un análisis detenido de los intentos de solución a los problemas del sector, se encuentra que a pesar de la aparente claridad de los diagnósticos y de lo razonable de las soluciones planteadas recientemente (v.g. Leyes 1122 y 1438 y Dcretos como el 4747), los resultados no han sido los mejores. En consecuencia, se plantea por parte de la ACHC un par de condiciones que se deben adicionar al método anteriormente propuesto y que tienden a solucionar dos aspectos que creemos son los causantes de la resistencia y cronicidad de esta crisis: la complejidad del sistema y la fragmentación de la sociedad.

La complejidad es evidente en todos los niveles del sistema; en las interacciones de los actores, en el lenguaje del sector, en los mecanismos de solución, en la inexistencia de un sistema de información, en la incapacidad de trabajo mancomunado y en la inoperancia de la competencia, entre otras evidencias. Esto nos lleva a proponer que en adelante las soluciones deben ser sencillas, de pocos pasos y con el número de intervinientes estrictamente necesarios para conseguir los resultados. Para esto se debe adelgazar el esquema administrativo, regular estrictamente las funciones de los actores, centralizar la tenencia de los recursos y modificar los incentivos.

La fragmentación de la sociedad es un gran problema pues el sistema siempre ha sido visto como un asunto ajeno por parte de la población. La participación de la sociedad civil en el diseño y acompañamiento al sistema ha sido marginal, mientras que grupos de interés y actores estratégicos se han adueñado de un sistema que por tener pocos dolientes ha quedado a merced de fuerzas poderosas ante las cuales las autoridades de vigilancia y control poco han podido hacer. En este aparte se busca generar una nueva conciencia de propiedad colectiva del sistema de manera que el discurso de derecho a la salud trascienda del ámbito individual al de la sociedad

como un todo. En este punto el remedio planteado por la ACHC es el denominado “Llamado a la Acción”

El llamado tiene tres objetivos que coinciden con tres momentos: inmediato, corto y mediano-largo plazo. Al **inmediato plazo** se debe construir una coalición de salud, es decir, encontrar con organizaciones de la sociedad civil afines unos puntos comunes sobre lo que debe ser ese nuevo sistema de salud. Se sugirió en primera instancia que la ACHC debía trabajar con pacientes, profesionales del sector salud, gremios de hospitales, entidades territoriales y empresarios. También se entiende que el trabajo con el Gobierno es una situación deseable, pero no es un condicionante del avance de la construcción de la coalición. El paso siguiente es compartir el llamado con los líderes, medios de comunicación y formadores de opinión de todas las regiones donde haya presencia de afiliados a la ACHC.

El corto plazo es el logro de la reforma estructural al sistema de salud. Para este objetivo es adecuado y oportuno el método y los componentes reseñados a lo largo de todo el documento. Esos contenidos apoyados por el llamado a la acción y el funcionamiento de la coalición, deberían promover los cambios legislativos que se necesiten para tener un nuevo sistema de salud con las condiciones que se mencionarán mas adelante.

El largo plazo es el cambio de concepto de toda la población frente al sistema de salud. Lo que se busca es que la sociedad se adueñe del sistema y pueda llegar a considerar que es una propiedad colectiva y por lo tanto pueda hacer un mejor uso del mismo y ayude a defender los logros que de él se derivan. Un sistema de todos, un derecho colectivo.

3. Estructura del sistema de salud propuesto

Por último, es necesario dejar planteado de manera esquemática lo que propone la ACHC como reforma al sistema de salud.

La base tiene que ser la estrategia de atención primaria de salud. Diversas acciones en las fases de promoción y prevención tendrán que ser diseñadas de manera que el sistema pase a la ofensiva buscando la gente sana y tratando de mantenerla así. Se propone emplear focalizaciones con eventos trazadores, poner en funcionamiento los equipos de atención primaria básica, repotenciar la capacidad resolutive de la baja complejidad y redefinir las competencias del médico

y los profesionales y trabajadores generales. Todo lo anterior usando tecnología de información y comunicaciones y tecnología médica que ayude a resolver en la base. Este es el modelo de atención.

En el segundo nivel se debe hacer realidad el funcionamiento de las redes integradas de servicios de salud, aprovechando la existencia de la mezcla público-privada que posee el país, pero definiendo una instancia de coordinación interna de la red a manera de uniones o consorcios que se encargue de mantener la lógica asistencial y de uso de recursos. La idea básica es erradicar la fragmentación y proveer integralidad en la asistencia, recuperando conceptos como población asignada o población de referencia; y haciendo que la oferta se acerque a la geografía, a la epidemiología y a la demografía real. Ese es el modelo de operación.

En el tercer piso del esquema debe estar la administración regulada, entendida como la estrategia de coordinación o gerencia intermedia del sistema. Este nivel corresponde al cambio de rol de los actuales “aseguradores” y se debe encargar de cumplir una serie de funciones previamente establecidas entre las cuales se destaca la coordinación logística, la auditoría de calidad, la auditoría de cuentas, la autorización de pagos, la comparación de redes, la resolución de problemas entre niveles y la alimentación y administración de componentes del sistema de información. Esa valiosa labor de gerencia intermedia será remunerada a- posteriori con una tasa de administración fija o básica que podrá tener un componente variable adicional de acuerdo al desempeño que logre ese administrador con todos los eslabones que coordina y con los resultados que obtenga para la población y el sistema. Este que es el modelo de administración no manejará recursos ex ante como se hace actualmente con la UPC, siendo ese cambio en la tenencia del dinero una importante modificación a los incentivos en medio del sistema.

El último nivel debe ser un banco o caja única de salud que se encargara de recaudar todos los dineros provenientes de los impuestos y recursos parafiscales que actualmente nutren al sistema. Su función será preservar el dinero de la salud evitando mal uso de recursos y haciendo que procesos como el de compensación se adelgacen y simplifiquen, pero manteniendo la naturaleza de mezclador o agregador de riesgos financieros. Su función debe asemejarse a la de los bancos pudiendo tenerse esquemas regionales como se requieran. Solo moverá recursos para pagar a los que efectivamente presten los servicios después de la orden de pago debida por la instancia administradora regulada. No hará labores de auditoría de cuentas, pero puede habilitar

esquemas de supervisión con las autoridades de vigilancia y control. Este es el eslabón que preserva el esquema de aseguramiento pero a nivel central y estatal.

El gobierno central tendrá que encargarse de mantener la cohesión de todos los niveles haciendo valer su labor de gerente macro y para esos efectos deberá activar las políticas de calidad, información, recursos humanos, ciencia y tecnología que den consistencia al modelo.

Adicionalmente, el sistema de salud colombiano en el futuro inmediato debe hacer un esfuerzo por crear un nuevo marco de ética médica y de las profesiones de salud.



Asociación Colombiana
de Hospitales y Clínicas