

ES POSIBLE PARA LOS COLOMBIANOS UN SISTEMA DE SALUD POR FUERA DEL MODELO Y CONCEPCION NEOLIBERAL

“Los soñadores son los salvadores del mundo” Woody Allen

Desde el años 2000, es decir, hace 10 años, los profesionales de la salud de Colombia, a través de sus diferentes formas organizativas, científicas y gremiales, hemos venido manifestando y denunciando que el actual sistema de salud se encuentra en crisis, crisis que paulatinamente se ha venido convirtiendo en una gran bola de nieve la cual hoy amenaza con el colapso inminente del actual modelo de aseguramiento en salud.

Hemos venido insistiendo en la necesidad de una verdadera reforma a dicho modelo que introduzca modificaciones sustanciales y de fondo, que incidan en la esencia de la norma misma y, tornarla benéfica para todos los colombianos. El actual modelo se montó sobre una concepción político-filosófica pasada de moda, cuando las reformas neoliberales en Suramérica habían caído en el descrédito por los pobres resultados en cuanto a beneficios sociales a mostrar.

La vieja fórmula mágica de pretender solucionar las brechas sociales existentes entregándole los recursos para salud a la mano invisible del mercado, ya que según dicha concepción los mercados tienden a favorecer la eficiencia, ha demostrado no ser estrategia adecuada para resolver un problema tan fundamental para los colombianos como es el tema de la salud.

Cuando en el año 2002 y siguientes, expresábamos la crisis del actual sistema y modelo, desde el presidente Uribe para abajo, pasando por los ministro de protección social (Juan Luis Londoño y Diego Palacio) y viceministro de salud de la época (Juan Gonzalo López), se rasgaban las vestiduras negando tercamente la realidad de los hechos que presentábamos como evidencia. Según ellos, la realidad era otra, y manifestaban que calificar de crisis algo que marchaba “viento en popa”, era irresponsabilidad de incautos.

En ese momento sustentábamos la necesidad de una reforma como alternativa para frenar el despilfarro de gran parte del 20% del producto interno bruto (PIB) representado en aproximadamente 20 billones de pesos que solo venían sirviendo para enriquecer al sector de la intermediación financiera representado por las entidades promotoras de salud (EPS). Los hospitales de la red pública en condiciones económicas deplorables por la imposibilidad para recuperar los costos de atención invertidos en los servicios demandados por los afiliados de las distintas EPS, de los llamados vinculados de los entes territoriales y el no pago de lo que correspondía al estado a través del Fosyga. El ente regulador (Minprotecciónsocial) y el responsable de la inspección, vigilancia y control de los actores del sistema (la Supersalud) ineficaces e ineficientes en el cumplimiento de sus funciones, en casos asumiendo silencio cómplice o impulsando aquellas decisiones que solo han favorecido a las EPS. La calidad de la atención dejando

mucho que desear por primar la rentabilidad económica por encima del beneficio social y en donde se ha venido privilegiando prestación de servicios de mala calidad para lograr una mayor captación financiera de dividendos. Los indicadores en Salud Pública nada presentables y los trabajadores de la salud soportando decisiones de todo tipo que pisotean su dignidad laboral y profesional.

“A pesar de ser válidas las propuestas reformistas iniciales de los profesionales de la salud, estas no prosperan. El legislativo asediado en todos los rincones por la necesidad del cambio, ya que el modelo y sistema no llenaba las expectativas, y al ver que los indicadores en salud al ser evaluados no eran satisfactorios, impulsan introducir unos ajustes sin pretender incidir en lo estructural de dicha ley, y de esta forma, “pasar de agache” manteniendo el statu quo y congraciarse con la intermediación financiera, fuente de donde muchos senadores y representantes obtienen recursos de todo tipo para el sostén de sus curules. **Los que no somos ingenuos sabemos que la mano invisible de la intermediación es la que por debajo de la mesa define cuales son las decisiones que tanto en el congreso como en el ministerio de protección social se deben aprobar.**

El ejecutivo no se queda quieto (presidente y Minprotección social), mueve la bancada del uribismo y finalmente es aprobada la **ley 1122 del 9 de enero de 2007 “por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social y se dictan otras disposiciones”**

Es tan diciente que dicha ley no promovió cambio estructural alguno que incidiera en la esencia del modelo y sistema que no pudieron ocultar que lo que se pretendía era solamente introducir “algunas modificaciones” o ajustes que continuaran permitiendo el cumplimiento de su objetivo: **enriquecer al capitalismo financiero, cumplir con los designios del banco mundial, del fondo monetario internacional, quebrar la red pública de prestadores de atención en salud, privatizar la salud y transformar a los profesionales de la salud en operarios**”(Mendoza, Alberto. 2007)

Vista así las cosas, el único sector para “mostrar” era la intermediación financiera (EPS), corporaciones con tantas “virtudes”, que llamaban a los hospitales y clínicas a imitarlas. Hasta el 31 de diciembre de 2008, la superintendencia de sociedades informaba de los crecimientos operacionales año por año que alcanzaban y como venían creciendo económicamente y escalando posiciones entre las 100 empresas más grandes e importantes del país. Las que se relacionan con la salud lograron una rentabilidad del 16.26% y las otras de un 15.36% lo que nos muestra que invertir en salud es un buen renglón de la economía para capitalizar (Peláez, Jaime). Hoy ponen el “grito en el cielo” exclamando que de las 15 EPS que hacen presencia en el mercado de la salud, 9 de ellas, entrarían en colapso financiero al no hacerle efectivo el pago de unos \$500.000 millones por parte del consorcio Fidufosyga de un total de \$900.000 millones que les adeudan.

Chantajean al ejecutivo manifestando que como resultado de lo anterior 8.7 millones de colombianos quedarían por fuera de los beneficios del sistema de salud, y éste, a través del presidente Uribe Vélez, en reunión de gobernadores del 19 de noviembre, les lanza un “para-rayos”, el de la **Emergencia Social**, planteando introducir ajustes en los impuestos a licores, cervezas y cigarrillos para captar mayores recursos económicos e inyectárselos a los entes territoriales para que paguen a las EPS e IPS los compromisos en salud. De la perversidad como actúan los entes territoriales, a través de los fondos de salud, contratando con las IPS de la red pública la compra venta de servicios de salud bajo la modalidad de los pagos fijos globales prospectivos (ley del embudo) nada dicen. Han venido atentando contra el patrimonio de los hospitales públicos mediante dicha forma de contratación, apalancándose en ellos, y propiciando el colapso de la red pública (casos departamento de Cundinamarca y Distrito Capital).

Con relación al consorcio Fidufosyga, entidad con gran cuota de responsabilidad en la generación de la crisis, tampoco nada dice la presidencia, el Minprotección social ni de la Supersalud. Es el encargo fiduciario del país que más recursos mueve, constituida por 9 reconocidos bancos, y cuyo contrato permite administrar recursos públicos anuales en cifras que han variado de \$5 a \$11 billones de pesos de recursos de la salud. Como producto de esta intermediación, captaron beneficios en el año 2007 por \$ 1.1 billones, es decir, la 1/5 parte del total de la rentabilidad del sector financiero del país durante un año.

Estos embelecos el sistema financiero son para poner a rentar dichos recursos en el mercado especulativo y, por estar rentando, no pagan sus obligaciones en forma oportuna. El represamiento en el pago es una decisión administrativa premeditada y consciente que genera entorpecimiento al proceso de compensación a las EPS, retraso en el pago a EPS e IPS por recobros por medicamentos y tratamientos no incluidos en el pos, por recobros por lesiones en eventos catastróficos y accidentes de tránsito. Para el consorcio Fidufosyga no existen normas, reglamentación alguna ni términos de tiempo. Glosan las facturas cuando quieren, como quieren, violan todo, reglosan y pagan cuando les da la gana. Es tan llamativo el tráfico de influencia al interior del consorcio que han proliferado un sinnúmero de empresas privadas que venden servicios a las IPS y EPS para “agilizar” el pago de las deudas. En los corrillos se dice, que por ser alta la vacuna que internamente exigen para tramitar los desembolsos, es la razón por la cual, los costos de dicha intermediación son bastante onerosos.

El Fosyga tiene bajo su responsabilidad la administración de cuatro subcuentas con un volumen alto de recursos para salud. Solo en el año 2006, las compañías aseguradoras expendedoras de las pólizas para cubrimiento de las lesiones producidas en accidentes de tránsito transfirieron a la subcuenta del ECAT (Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito) del Fosyga \$394.000 millones, y de estos, solo se realizaron pagos por \$39.000 millones. Qué paso con el resto (\$

355.000 millones). Quién ronda al Fosyga?. Es más, el 78.3% de sus recursos se encuentran invertidos en títulos valores como TES, CDT y Bonos del mercado especulativo (\$5 billones). Se incentiva en forma perversa la búsqueda de rendimientos financieros desde el Ministerio de Protección Social sin importar la suerte económica de los otros actores.

A la Corte Constitucional, en julio del 2008, le correspondió hacer lo que le tocaba al legislativo (senado-cámara) y al ejecutivo (Minprotecciónsocial-Supersalud), y que nunca hicieron por sus compromisos que los ata con los intereses de la intermediación financiera (EPS). La violación al derecho a la salud se tornó tan insostenible que llevó a la corte a tomar decisiones con responsabilidades precisas y cronológicas para atacar la inequidad, la mala calidad de la atención y el bloqueo al flujo de recursos. A regañadientes el Minprotecciónsocial, y su lentitud administrativa para llevar a la práctica la sentencia, es demostrativo de renuencia a aceptarla. Solo hasta mediados del 2009 conforma la CRES y elaboran una propuesta de POS único a la carrera, precipitado, con falencias, errores del “copy paste”, en contravía con nuestra realidad y que poco va a incidir en la solución a la crisis y en la disminución de las acciones de tutela por lo desactualizado de los beneficios. Ejemplo de lo anterior, es el rife-rafe entre la Asociación Colombiana de Medicina Interna-Federación Dialectológica Colombiana y el Centro de Estudios e Investigaciones en Salud de la Fundación Santa Fe de Bogotá, sobre la elaboración de la Guía para la Diabetes tipo 1.

Aceptamos que monitorear la viabilidad financiera es necesario, pero más importante aún es velar por el cumplimiento de las metas en salud y que los indicadores llenen las expectativas de los colombianos. El país en estos últimos 16 años ha venido presentando cambios en su perfil demográfico y epidemiológico, y el plan de beneficios en salud, debe estar acorde con esta situación. “Nos movemos en un escenario donde los economistas dicen que hay escases de recursos y al otro lado se plantea que hay que defender el derecho a la salud, ambos tienen la razón, pero es fundamental que los economistas entiendan que se necesita una definición clara de cómo alcanzar metas en salud y ellos deben garantizar un paquete básico con el mejor beneficio para la población, no en términos financieros sino en salud” (Giedion, Úrsula). Esta es la gran diferencia entre la óptica de los neoliberales y los socialdemócratas. **El problema no es de escases de recursos como lo quieren presentar ACEMI y el gobierno nacional. Recursos hay, y de sobra, lo que se requiere es de una buena dosis de eficiencia a todo nivel para alcanzar los resultados y cumplir con las responsabilidades en salud.**

Por todo lo anterior, el **Colegio Nacional de Médicos Generales de Colombia** (CONAMEG), presenta las siguientes propuestas a consideración de académicos, investigadores, técnicos y políticos para que hagan parte de un proceso de reforma a la salud:

1-Dar por terminado el contrato fiduciario para el manejo de los recursos de las cuatro subcuentas del Fosyga y hacer efectivo en el corto plazo los TES, CDT y Bonos que hay en el mercado especulativo comprados con recursos para salud.

2- Créase el Banco Nacional de la Seguridad Social en Salud instancia administradora y centralizadora de los recursos para el sector, a él se consignaran todos los recursos para la salud. Será una instancia administrativa, pública para garantizar un flujo ágil, adecuado, equitativo y equilibrado de los recursos, y además, evitar el desvío de los mismos. Las IPS públicas o privadas prestaran los servicios de atención en salud a todos los colombianos que los demanden con la sola presentación de su carnet y posteriormente cobrarán los servicios prestados al Banco Nacional de la Seguridad Social, quien posterior a una actividad de auditoría de cuentas, girará a los prestadores el valor de los servicios facturados. Se establece entonces, lo que lenguaje técnico, se denomina giros sin situación de fondos para las IPS.

3- Desaparecen las entidades promotoras de salud (EPS) como intermediarias tanto del régimen contributivo como del subsidiado, del sector público y del privado. Toda intermediación hace más costoso cualquier producto, bien o servicio, y esto es lo que ha venido sucediendo al interior del SGSSS, y además, no ha aportado ningún valor agregado razonable al sistema y han sido generadores de barreras de acceso y de negación al derecho a la salud.

Cada gasto innecesario causado contra los recursos del SGSSS representa menos pacientes atendidos y lesión de la calidad de la atención. Las EPS tornaron más oneroso el sistema en detrimento de la cobertura, de la calidad de la atención y llevando a crisis financiera a los prestadores públicos y privados que con los proveedores de insumos hospitalarios han venido subsidiando la prestación de los servicios de salud. Según las cuentas, las EPS invierten en salud solo un 70% y se están quedando con el 30% del total de los recursos (Barón, Gilberto).

4-Desaparece la denominación de régimen subsidiado, y de ahora en adelante, se denominará régimen solidario. La responsabilidad en la afiliación de nuestros conciudadanos tanto al régimen solidario como al contributivo será de las secretarías de salud. Un grave error de la ley 100/93, fue que no determinó mecanismos para cuantificar la demanda razón por la cual hoy todavía no sabemos cuántos están afiliados al SGSSS, y este grave error, ha servido como mecanismo facilitador para captar recursos inescrupulosamente del sistema.

Créase la Central Única de Afiliaciones y se establecen dos bases de datos a nivel nacional, una del régimen contributivo y la otra del régimen solidario. Quién adquiera capacidad de cotización en salud deja automáticamente de pertenecer al régimen solidario y pasa al régimen contributivo. La integración de las dos bases de datos conformará la Base Única de Datos de Afiliación (BUDA)

El SISBEN, sistema de selección de beneficiarios al subsidio en salud, además de ser insensible e inservible, no identifica y no mide adecuadamente quienes deben ser considerados pobres para efectos del aseguramiento. Por ser el SISBEN focalizador, excluyente, inequitativo e inoperante, desaparece como mecanismo de selección. Se utilizará como mecanismo de selección para aplicar a los beneficios del régimen solidario, un aplicativo que estará basado en indicadores de medición de línea de pobreza por ser el más aproximado, a la medición de los factores coyunturales de pobreza como son los ingresos.

5-Existirán dos carnets, uno para el régimen contributivo y otra para el solidario, con cobertura en todo el territorio nacional. El afiliado podrá demandar servicios de atención en salud en la IPS pública o privada que le parezca según sus criterios de selección. La calidad en la atención será el que posicione en el mercado a las IPS y por el cual capten mayor o menor demanda. La calidad de la atención se constituirá en esta forma en el mecanismo regulador de la demanda en la atención.

6- Establecese un manual único tarifario para el cobro de los servicios de atención en salud prestados por las instituciones tanto públicas como privadas y no serán permitidas aquellas formas de contratación que trasladan el riesgo al prestador de servicios de atención en salud.

7- Para los usuarios del régimen contributivo la ley 100/93, significó un aumento de la cotización, una disminución del plan de beneficios y el tener que asumir unos costos adicionales como los llamados copagos y cuotas moderadoras. Un servicio pagado con antelación mediante la modalidad de prepago, cuando se demanda, hay que volverlo a pagar. Para los afiliados al régimen subsidiado, los copagos y cuotas moderadoras, se han convertido en barreras de acceso a los servicios de atención en salud. Por lo tanto, desaparecen los copagos y las cuotas moderadoras.

El estado estudiará la creación de un impuesto general para salud financiado por los empresarios y ciudadanos con capacidad de pago para financiar los gastos en salud y eliminar la evasión y la elusión por parte de los empleadores tanto del sector urbano como del sector rural.

8- Por cumplir un doble beneficio social, formar y cualificar recurso humano en salud y prestar servicios de atención, los hospitales universitarios, merecen recibir un tratamiento especial que los privilegie para poder seguir cumpliendo con su misión.

9- El aforismo de los salubristas, que “prevenir es más económico y fácil que curar”, es letra muerta al interior del SGSSS. Por lo anterior, la Salud Pública, es responsabilidad del estado. Es preocupante la ligereza administrativa de este gobierno y del ministro palacio frente a los recursos para la salud. Con relación a la pandemia de la influenza tipo A H1N1 ordenó una inversión desproporcionada,

soportada en una decisión emotiva o “no racional”, desmedida e ineficaz, ineficiente y no costo/efectiva por un valor total de \$48.000 millones para la compra de 1.250.000 tratamientos del medicamento tamiflu utilizado para dicha enfermedad desconociéndose la información de ser poco efectivo. En Colombia, cada 4.2 minutos muere un niño por desnutrición, en un día llegan a 14, al mes suman 420 y al año son 5.000 niños muertos por física hambre sin que medien recursos de tal nivel de significancia.

10- Este modelo y sistema han convertido al médico y a todos los profesionales en operarios de un mercado creado con ánimo de lucro impactando negativamente las más mínimas reivindicaciones laborales del trabajador de la salud sufriendo en carne propia la perversidad de este modelo.

Toca ajustar lo a teniente al recurso humano para la salud en cuanto al tratamiento que económicamente deben justamente percibir como producto de su actividad laboral. Es menester tener en cuenta que si quien presta el servicio lo realiza en condiciones infraestructurales antitéticas, recibe un mal trato en educación médica continuada y salarialmente, el resultado de la atención va a tener deficiencias.

Por lo anterior se requiere: Un sistema único de vinculación laboral, estratificación laboral, nivelación salarial, y además establecer unos incentivos para los trabajadores del sector. Eliminar la vinculación laboral por intermedio de cooperativas o empresas intermediarias, exigimos que sea directamente con la empresa responsable de la prestación de los servicios de atención en salud. Reivindicar el contrato de trabajo a fin de obtener garantías laborales de origen constitucional, legal y convencional y eliminar toda forma atípica de contratación. Reivindicar la autonomía del médico en el acto médico en procura de brindar atención en salud digna, ética, en marco de los criterios técnico científicos. Definir unos ponderables para aquellos trabajadores de la salud que laboren en zonas especiales por razones de orden público, de población dispersa y en condiciones de riesgo. Concertar con los ministerios de protección social, de educación y el ICFES lo concerniente a las necesidades de recurso humano para el sector. Definir las responsabilidades frente aquellas condiciones infraestructurales y de aditamentos para la práctica profesional se preste en condiciones éticas. Establecer las responsabilidades que en educación médica continuada deben asumir el Minprotección social, las secretarías de salud, EPS e IPS. Concertar una actualización y unificación de la jurisprudencia sobre responsabilidad médica. Respeto a la misión médica. Ningún profesional de la salud será obligado a actuar en contra de la ética médica ni será sometido por parte de ninguno de los actores armados ni de las fuerzas del Estado colombiano a situaciones que vayan en contra del Derecho Internacional Humanitario. Deróguese la ley 1164 de 2007, del talento humano en salud por ser inoperante y no contribuir en nada al

mejoramiento de la situación de los profesionales de la salud, de la calidad de la atención ni de la situación de salud de los colombianos.

11-Se establecerá un Vademécum Único Nacional construido bajo criterios y variables de costo beneficio, y en donde las sociedades científicas, serán quienes propongan la inclusión de los preparados farmacológicos objeto de formulación por parte de los médicos en todo el territorio nacional. La política actual de liberación de precios en el mercado farmacéutico impulsada por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos deja de tener objeto y retornamos al régimen de control directo automático para los principios activos con menos de tres oferentes. Será asesor permanente en este tema el observatorio del medicamento de la Federación Médica Colombiana.

La avalancha de recobros por medicamentos no incluidos en POS, según dicho observatorio, para el cuatrienio 2006-2009 asciende a la suma de 4.2 billones de pesos y, en donde el Minprotecciónsocial, la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y las EPS son los que mayor cuota de responsabilidad tienen.

12-El constreñimiento del acto de los profesionales de la salud será objeto de sanción ejemplarizante.

13-Créase el defensor del enfermo en todo el territorio nacional.

14-La Superintendencia Nacional de Salud será la instancia administrativa para ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control de todos los actores del sistema de salud con independencia administrativa del ministerio del ramo.

15-Crease nuevamente el Ministerio de Salud

¡Otra situación en salud puede ser posible para los colombianos por fuera del modelo y concepción neoliberal!

Alberto Mendoza Aparicio M.D.

Presidente Colegio Nacional de Médicos generales de Colombia.

Bogotá, D.C, diciembre 16 de 2009