

CONSTRUIR SOBRE LO CONSTRUIDO: El reto del nuevo gobierno para el sector salud

El sector salud colombiano, uno de los más normados del país y sujeto a innumerables cambios, donde la inseguridad jurídica es una constante; y los entes reguladores se hallan totalmente desconectados de los problemas del sector, y desafortunadamente, los diferentes actores no son capaces de hablar sin máscaras y caen en la demagogia, tratando -a través del 'lobby'- resolver sus problemas particulares, más no las fallas estructurales del sistema.

Nuestro sistema, basado en un esquema de aseguramiento, ha demostrado a través de la historia que es bueno. De hecho, si cualquier persona desprevenida lo estudia encontrará que es ampliamente minucioso y ha tenido en cuenta todas las posibles circunstancias para que funcione correctamente.

Pero, si esto es así, ¿por qué el sistema de salud colombiano tiene tantos problemas? En algunos casos, los gobiernos de turno, en alianza con sus vigiladas, las Empresas Promotoras de salud (EPS) se han encargado de complicar su operación a través de normas tendenciosas que solo complican al usuario, fomentan el no pago y benefician únicamente a las EPS; a lo anterior se suma la inacción total de algunos de los organismos de control, que son incapaces de hacer cumplir las normas establecidas para su operación y funcionamiento.

Consideramos que el sistema de aseguramiento requiere de ajustes puntuales y concretos, por el contrario, hay que velar por el cumplimiento del modelo de salud, sus normas y procesos, para que verdaderamente estén orientados al usuario y a la mejora continua del estado de salud individual y colectivo.

Las propuestas puestas a consideración pueden ser desarrolladas rápidamente a través de decretos y sin generar la distracción que representó la Ley Estatutaria de Salud, que vino a reforzar la "letra muerta" de lo que ya está reglado en el sistema. Justamente, a nuestro criterio, dicha Ley resultó aportando muy poco y, en algunos temas, absolutamente nada; las cosas deben ser concretas y no genéricas, y ni qué decir de todas las propuestas que se han planteado para reformar el sistema a lo largo del tiempo.

Pretender un borrón y cuenta nueva es un imposible categórico, es imposible regresar al modelo de 1990 y creemos más en construir sobre lo existente. No podemos desconocer los grandes avances que la Ley 100 significó para el país y los usuarios, sin desconocer sus limitaciones y problemas, esto sumado a la intervención de grupos de presión que no han permitido la implementación de muchos de los esquemas en ella establecidos.

Problemas estructurales

El sistema tiene básicamente cuatro problemas estructurales:

Financiamiento: Es imposible pretender que un negocio basado en una economía de escala y de largo plazo sea funcional desde el primer momento, con operadores que no cuentan con una solvencia financiera suficiente, es totalmente absurdo. En la actualidad, las EPS deben contar con solvencia financiera desde el primer día, aunque el Gobierno les otorgue 10 o más años, no la pueden alcanzar.

Pese a que existe un Código de Comercio que establece formas de pago, múltiples resoluciones del Ministerio de Salud -todas repitiendo lo mismo- y hasta se ha creado un decreto para el desconocimiento y pagos justos, es incomprensible por qué este último no aplica para las EPS, que registran cifras muy altas de mora en pago a las IPS, beneficiando al asegurador que no hace inversión en contra del prestador que debe mantener la calidad de prestación al usuario.

Cuando no hay un pago oportuno, se recurre a mesas de conciliación de cartera con la Supersalud en las cuales se firman acuerdos de pago de la cartera vencida a 24 y más meses, en algunos casos. Algo que resulta inequitativo con los prestadores, dado que dichos acuerdos no reconocen los intereses de mora que están establecidos por las mismas normas. Así mismo, son muy pocas las EPS que han sido sujetos de sanciones por el no pago oportuno de su cartera.

Tramitología: los decretos y resoluciones emitidos en tiempos recientes han venido trasgrediendo todo lo establecido en la Ley 100, están totalmente desconectados diferentes aspectos del sistema y contravienen la esencia misma de este; de hecho, la gran mayoría de los trámites establecidos buscan generar barreras de acceso que atropellan tanto al usuario como a los prestadores de servicios.

Inspección, vigilancia y control: organismos de control prácticamente inexistentes han puesto de moda informar noticias estadísticas sueltas, no conectadas a ningún proceso de mejoramiento. Es fundamental que los organismos de control sean los generadores de cultura y sean garantistas de la aplicación de la ley en los términos que fue concebido, muy diferente a su actual funcionamiento.

Mecanismos de operación y gestión: Existen múltiples factores que no han permitido la operación del modelo que fue estructurado en la Ley 100 y las demás normas que le han sucedido. Tenemos problemas en la operación especialmente

en logística, los cuales requieren ser revisados y mejorados a través de un trabajo conjunto que permita que se articulen entre sí en aras de evitar estar generando mecanismos y procesos desarticulados que no generan valor.

Propuesta de soluciones

a continuación, desarrollamos tres propuestas frente a los principales problemas de nuestro sistema y, simultáneamente, presentamos unas soluciones para corregir el rumbo.

Solvencia financiera de los aseguradores: definitivamente, es una ofensa para varios de los actores pretender resolver el tema de la solvencia financiera dándoles 10 y más años a las EPS para que logren sus capitalizaciones y obtengan indicadores financieros favorables para la operación del sistema. El patrimonio mínimo requerido de una EPS debe ser coherente con los recursos que recibe por compensación.

•Al inicio de operaciones, cualquier EPS debe contar con caja para gastos de funcionamiento, por lo menos, para 90 días, así como recursos financieros que garanticen su operación. Todo esto sin recibir un solo peso de compensación. Si el gobierno está interesado en que las EPS existentes persistan, deberá generar líneas de créditos con la banca directamente a estas.

•Las EPS deben contar con respaldo de reaseguros o cartas de garantía bancaria, que respondan por sus deudas, las cuales deben ser parte integral de los contratos de prestación de servicios y sin las cuales no podrían operar. Deberá ser una póliza de reaseguro global que tenga una cobertura hasta por el 150 % del valor de la compensación anual.

•Se debe dar uso a la facturación electrónica, la cual deberá ser copiada al Ministerio de Salud para que proceda a realizar los respectivos giros de manera automática en forma directa a cada prestador, acorde con las normas establecidas para el caso y con el operador que considere, acabando con el sofisma de los giros directos manejados por la propia EPS.

•Se deben derogar todas las normas relativas a autorizaciones; se trata de devoluciones que solo actúan como barreras de acceso y mecanismos para dilatar el pago. Lo relativo a facturación del sector salud debe regirse por el Código de Comercio. Asimismo, debe otorgarse discrecionalidad al prestador para que una vez una EPS posea cartera de 90 días y más, las cuentas sean presentadas de manera directa al Ministerio y este proceda al pago inmediato del 100 % de la respectiva cartera.

•Toda queja de mora en el pago de acreencias por parte de EPS debe suspender el giro de compensación por parte de la ADRES, y solo podrá ser resuelta a través de presentación de paz y salvo o acuerdo de pago con el prestador. De lo contrario, se procederá al giro directo de la correspondiente compensación y la simultánea sanción; toda la glosa generada por pertinencia deberá estar amparada en medicina basada en la evidencia y no en conceptos subjetivos de quien revisa.

•El Gobierno Nacional, luego de las calificaciones de riesgo financiero de las EPS, podrá otorgar créditos directos a las EPS para cumplir con las condiciones de operación, o de lo contrario entrar a liquidarlas de manera inmediata, garantizando que la cartera de mora con los prestadores este respaldada por un fondo financiero que cubra un alto porcentaje de la misma.

•Establecer un plan de saneamiento financiero en máximo 60 días, para el cual el Gobierno girará directamente a las IPS sobre crédito otorgado a la EPS. Si en estos 60 días la EPS no llega acuerdo con el prestador, el Ministerio girará de manera directa dichas deudas con cargo a la EPS.

•Se debe optimizar el trabajo administrativo de las EPS y disminuir el costo de las áreas de autorizaciones y auditoría de cuentas médicas, las cuales están hipertrofiadas y solo pretenden dilatar los pagos o montar trabas para no realizarlo.

El pago de las deudas de EPS liquidadas: la Constitución, en el Artículo 49, estableció que la salud es un derecho fundamental con cargo al Estado, no a las IPS, razón por la cual el Gobierno debe pagar las carteras de las EPS liquidadas, sobre todo cuando esta se produce después de varios años de estar bajo el control de la Supersalud.

•Se adelantarán unas mesas de trabajo para reconocer un porcentaje no mayor al 70 % ni menor al 50 % de la cartera al momento de la liquidación. En el proceso de reconocimiento de cuentas, no pueden solicitarse documentos originales que ya fueron entregados a la EPS, pues esta es la principal razón para el no reconocimiento de las deudas. La historia nos dice que, aun entregándolos, tampoco pagan lo que reconocen.

•El Gobierno debe dejar funcionar los mercados de manera libre, como lo establecido en la Ley 100. Los actores deben pactar tarifas y frecuencia de pago, mientras que los trámites deben ajustarse a las nuevas realidades.

•La ADRES deberá regirse por los términos de la ley y el Código del Comercio. No puede seguir operando como un organismo poco articulado con los actores del sistema, debe generar mecanismos que garanticen una comunicación fluida evitando trámites engorrosos que obstaculizan



William Aristizábal Fernández Gerente Clínica Medical Presidente de UNIPS

lizan la operación y la oportunidad en los giros a los beneficiarios de estos.

Tramitología: para nadie es un secreto que nuestro sistema de salud es una tortura para todos los usuarios, prestadores y hasta las mismas EPS. Cada día se crean nuevas obligaciones que agregan costos de operación y barreras de acceso.

•Todo examen o interconsulta generado dentro de la red de prestadores de la respectiva EPS no requerirá proceso de autorización de ningún tipo. Las EPS deberán garantizar que todo su cuerpo médico se acoja a las guías de manejo establecidas.

•Se deben generar centros especializados para la atención de maternas, neonatos y pediatría, cáncer y medicina interna, los cuales deberán ser integrales contando con laboratorio básico y toma de muestras de referencia, imagenología básica y entrega de medicamentos, sin que paciente deba someterse a procesos de autorización y tiempos de espera.

•Los servicios de urgencias, como lo establece la norma, no requerirán autorización, solo información, y estas nunca serán objeto de glosa por falta de autorización; el paciente se le podrá realizar todo lo necesario sin lugar a procesos de autorizaciones de ninguna clase.

•Estará prohibida la movilización de pacientes desde centros donde se cuente con el servicio y la complejidad que paciente necesita en su plan de tratamiento integral, a fin de evitar ahorros por economía de escala con cargo a la salud y vida del paciente.

•Para contratación de las EPS con la red prestadora, no se debe tomar en cuenta solo lo que el prestador tenga habilitado como servicios, debe primar la capacidad instalada disponible de la misma para ofrecer a dicha entidad, evitando la falta de oportunidad en la ubicación de los usuarios.

•A fin de disminuir la afluencia de usuarios a los servicios de urgencias, se deberán establecer centros georreferenciados para la atención de consulta prioritaria en medicina interna, pediatría y maternidad.

•Los Centros Reguladores de Urgencias (CRUE) estarán obligados -después de dos horas- a ubicar el paciente si la EPS no lo hace en el tiempo establecido, esto sin discusión alguna, pues prima la vida del paciente.

•Las Redes Integradas de servicio de las EPS deberán incluir todas las clínicas que posean servicio de urgencias facilitando la atención de estas y disminuyendo el costo de transacción para la EPS.

•Todo centro que facture de manera periódica y continua a la EPS deberá formalizarse con un contrato entre las partes.

•Todo el sistema autorizador para la red contratada debe desaparecer si los acuerdos de voluntades están suscritos. La autorización no garantiza el pago, por tanto, no tiene ningún sentido práctico.

•Los Centros de Atención Básica de las EPS deberán ser integrales, incluyendo la entrega de medicamentos.

•Todo paciente, al momento de la alta clínica deberá recibir los medicamentos ambulatorios para la continuidad de su tratamiento terapéutico, así como la asignación de las respectivas citas de control, sin que tenga que realizar ningún trámite adicional.

•La inembargabilidad de los recursos de la salud deja sin herramientas jurídicas algunos actores del sistema. Deben permitirse medidas cautelares para el reconocimiento y pago de sus carteras, además de garantizar que el sector cuente con los mecanismos efectivos para ser efectivo por vía judicial el pago de su cartera.

•Se deben establecer y permitir todas las actividades de promoción y prevención que cada prestador, en su nivel de complejidad, está obligado a realizar.

•El derecho a la igualdad es uno de los aspectos más apremiantes del sistema, pues las reglas son solo para el prestador, a los demás actores del sistema se les permite el incumplimiento de manera consecutiva y no pasa nada. Pese a que los estamentos encargados de la inspección, vigilancia y control llevan estadísticas muy juiciosas sobre las quejas, las tuteas, las glosas y la cartera morosa, no se ve que apliquen las sanciones previstas. La ley debe ser igual para todos y existir una manera expedita de aplicarla. Hoy, hay un exceso de garantismo; nadie cumple y todos obvian la ley.

•Los Informes y RIPS deben desaparecer. Todos los costos de estas transacciones estarán a cargo de las EPS y organismos estatales construidos a partir de la información de la facturación electrónica. Además, todos los organismos de índole nacional, departamental o distrital dejarán de solicitar informes de diferente índole y los desarrollarán al interior de las mismas áreas de analítica de datos, sin recargar la Instituciones Prestadoras de Salud.

•El MIPRES, con los presupuestos máximos, debe desaparecer. Es un trámite que ya no tiene ningún sentido, solo genera burocracia y tramitología, así como mecanismos para el no pago.

Plan de renovación y actualización de infraestructura: para los que conocemos el país, es claro que más de la mitad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud no cumplen con las normas de sismo resistencia, por lo cual es urgente un plan de choque que permita la renovación de estas. Los costos podrán apalancarse a través de créditos de destinación específica, subsidiados vía Findeter.

Plan de renovación y actualización de tecnología biomédica: este es otro de los componentes en el cual presentamos grandes atrasos, por lo que se requiere que se actualice la tecnología, mejorando la prestación de los servicios y la calidad de estos.

La situación amerita una intervención urgente a través de líneas de crédito a interés cero con destinación específica, declarando la exención del IVA a lo que corresponda y solicitando participación de la banca multilateral (como el Banco Interamericano de Desarrollo -BID-) para contar con los recursos necesarios.

Cambio en el modelo de prestación: se debe avanzar al cambio, transformando instituciones generalistas a centros especializados y de excelencia, para poder estar a la vanguardia de los avances tecnológicos y de tratamientos, así como la mejora en la experticia. Se deben empezar a exigir los requisitos de la norma para las UCI, que fueron obviados en el plan de expansión utilizado para hacer frente a la emergencia sanitaria del covid-19.

Una nueva estructura de las ESE: es necesario revisar la función de las Empresas Sociales del Estado (ESE), las cuales deben articularse con las privadas para un funcionamiento en red, garantizando la referencia y contrarreferencia.

No tiene sentido continuar con el proceso de fortalecimiento de hospitales públicos si centramos los esfuerzos en prestar más servicios cada día; por tanto, debe contarse con un concepto de red que garantice los flujos oportunos. Los servicios especializados deben prestarse en Red, concentrando un volumen que permita una mayor experticia, uso racional de especialistas y menor costo por economía de escala.

Un enfoque integral de Centros de Regulación de Urgencias: deberán ser los únicos centros encargados de la referencia y contrarreferencia y el flujo de usuarios dentro de la red, evitando las dificultades administrativas entre municipios, departamentos y distritos, para que los pacientes fluyan libremente en la red acorde con los servicios que requieran.

Garantías para el cumplimiento de normas laborales para personal de salud: La contratación de planta, la dignificación del trabajo en salud es imprescindible y cuando, en casos excepcionales, debe cumplirse la norma del pago de cuentas médicas por servicios a IPS solo podrá realizarse previa presentación del pago de la respectiva seguridad social, para garantizar la no violación de los derechos al personal de salud.

Claridad en los roles entre los actores: debe existir una separación estricta entre quienes ejercen funciones de inspección, vigilancia y control (IVC); no se debería permitir, en simultáneo, que un actor ejerza el rol de IVC y sea prestador de servicios de salud a través de la red pública, pues -en ocasiones- se percibe mayor exigencia a la red privada en el cumplimiento de las normas, en especial, las del Sistema Único de Habilitación. La Ley 100 planteó un libre mercado en la prestación de los servicios, y todos debemos ser tratos de la misma forma: tanto públicos como privados.

Funcionamiento de redes integrales e integradas de atención: estas deben ser reales y sin diferenciación entre entidades públicas y privadas, además de permitir el flujo libre de usuarios a través de la red. Reiteramos que todos deben tener presente el concepto de libre mercado establecido por la Ley 100, donde el Estado no debe participar como prestador de ningún mercado en el que existan prestadores privados y debe concentrarse en fortalecer sus instituciones en aquellas patologías de baja oferta.

Una hoja de ruta

Con base en todo lo anterior, pretendemos compartir con los colombianos una hoja de ruta que enmarque los esfuerzos que debe dirigir el nuevo Gobierno para mejorar estructuralmente el sistema de salud en algunos de sus ejes. Lo aquí expuesto es el fruto de muchos años de experiencia en el sector y de recoger múltiples inquietudes y dolencias de los usuarios y sus familias y de las instituciones prestadoras de salud.