

REVOLUCIONARIO ECOSISTEMA DE SALUD EN SANTANDER

EL DOCTOR VICTOR RAUL CASTILLO SU IDEOLOGO NOS CUENTA LOS SECRETOS



22 de enero de 2018

El CEO de CONSULTORSALUD Dr. Carlos Felipe Muñoz Paredes (CS) sostuvo una muy interesante conversación con el Doctor Víctor Raúl Castillo (VRC), sobre los diferentes avances y desafíos que tiene el ecosistema de salud concebido por él, en el departamento de Santander (La Fundación Cardiovascular de Colombia, su Universidad, la Zona franca de salud, la empresa de Medicamentos, el Hospital Internacional de Colombia), y de manera particular la muy reciente habilitación de la Fundación Saludmía como EPS para el régimen contributivo.

Queremos destacar el espíritu emprendedor que siempre ha identificado al Doctor Víctor Raúl Castillo, y el innegable liderazgo que él, junto con otros atrevidos soñadores e inversionistas, están convirtiendo en una realidad y que, además, podría convertirse en un modelo que marque las futuras tendencias del aseguramiento y la prestación en el país.

A continuación, la entrevista completa:

CS: Doctor Víctor Raúl nos da mucho gusto tenerlo nuevamente en CONSULTORSALUD; ¿cuéntenos cómo está actualmente la Fundación cardiovascular de Colombia (FCV)?

VRC: Muchas gracias Carlos Felipe por este espacio sectorial y nacional para presentar nuestra visión y comentar algunos de los avances que tenemos con el grupo empresarial.

Acabamos de presentar nuevamente todos los documentos y de recibir las visitas para revalidar el tema de la acreditación, pero todavía no nos han enviado la retroalimentación ni el informe final, pero esperamos que no tengamos mayores problemas para obtener nuevamente la certificación; de todas maneras, siempre

hay cosas por mejorar en los hospitales, porque cada vez la acreditación se vuelve más exigente, y nunca tiene un techo de exigencias, sino que aparecen nuevas cosas para mejorar.

Vamos a cumplir trece (13) años de acreditados; al principio los temas documentales eran los fundamentales, ahora estamos mucho mas concentrados en temas de gestión integral, humanización, gestión de la calidad y excelencia.

CS: ¿con el nacimiento del Hospital Internacional de Colombia (HIC) y la cercanía de la Fundación cardiovascular (FCV), existe alguna posibilidad que migre toda la operación al HIC?

VRC: esa era la idea original, porque no se justifica tener dos infraestructuras tan grandes y cercanas funcionando, pero el gobierno nacional no nos dejó.

La propuesta nuestra, era cerrar la FCV y abrir el Hospital Internacional de Colombia, que tiene la capacidad para absorber esta operación y mucho más, pero no nos permitieron, por una sencilla razón, porque al ser zona franca el nuevo hospital, debe ser una entidad nueva, y por ende toco crear una Sociedad por Acciones Simplificada (SAS), propiedad cien por ciento de la Fundación Cardiovascular (FCV) para poder que nos dieran la certificación de zona franca; por un lado entonces está el tema tributario, y por otro lado, el gobierno nacional dijo, vea nosotros no podemos permitir que camas de alta complejidad se cierren en este país, entonces lo que tienen que hacer es abrir las nuevas.

Y había otro fenómeno mucho mas practico y era que, la FCV era la que tenía la acreditación de Joint Commission International, que además ha recibido los premios, reconocimientos, y maneja la exportación de servicios, y entonces cerrarlo y desaparecerlo como Instituto Cardiovascular, era desaparecer parte de la historia; La FCV fue el primer hospital con la acreditación de Hospital Universitario, y si uno mira son muchos logros, aunque reconozco que económicamente si es mucho más costoso tener dos sedes; nuestra idea original era trasladar toda la operación para el HIC, pero como un traslado, como un cambio de sede, pero no lo permitieron.

CS: Porque no nos cuenta la experiencia de la zona franca especial y permanente de salud. ¿Son realmente una buena expectativa para la expansión del sector salud colombiano, o tiene alguna recomendación que hacer sobre esta reglamentación?

VRC: Yo creo que las zonas francas son una buena alternativa. Para nosotros como fundación generó inicialmente muchas dudas mucho sobre si hacerla o no. Primero porque como Fundación pagábamos 0% de impuestos, y en la zona franca inicialmente pagamos el 15% y ahora pasamos a pagar el 20%, pero era la única forma de tener una sociedad por acciones, que hoy son todas de propiedad de la

Fundación cardiovascular y poder acceder al crédito; porque el crédito para una fundación es mucho más difícil de conseguir, que cuando eres una SAS; de hecho, las acciones actualmente están respaldando los créditos. Esa fue la condición más importante que estudiamos para lanzar nuestra zona franca.

CS: Entonces debemos entender que la zona franca se convierte mas en un instrumento financiero, que en motor de innovación tecnológica y de generación de empleo como lo planteo el gobierno.

VRC: no tiene nada que ver. Para el sector privado si, porque es bajarle los impuestos del 35% al 20%. Entonces para el sector normal de la económica de mercado si es un motor, porque reduce los impuestos y trae otros beneficios; nosotros hicimos un ejercicio prospectivo a 10 años y nos sale un poco mas costoso siendo zona franca, que si no lo hubiéramos hecho; digamos que los ahorros que tuvimos por IVA en la construcción y en la dotación si la comparamos contra los impuestos que hay que pagar durante el lapso de la zona franca de los 15 años, representan \$3.000 millones más.



CS: Y sobre el Hospital Internacional de Colombia (HIC), ¿cuál es su visión actual? ¿Que representa el HIC para Ud., y para la región y para el país?

VRC: El HIC es parte de un proyecto, no es el proyecto que construimos desde hace 15 años, en el cual queríamos construir un ecosistema de salud autónomo, que pudiera transformar la salud de la región, que fuera motor de desarrollo; de hecho el Banco Mundial hizo un estudio el año pasado sobre 360 ciudades del mundo, y aparece Bucaramanga como la ciudad más prospera con otras cinco ciudades, y dentro de los atributos aparte de su mejoramiento de las condiciones de vida, y ser la ciudad con menos pobreza (Colombia tiene el 30%, mientras que Bucaramanga tiene el 8%), el 70% de los habitantes de la ciudad son clase media, una enorme clase media, y eso le da una capacidad social muy importante, el ingreso del PIB per cápita fue de 70 puntos porcentuales en las dos últimas décadas con relación al

resto del país, hoy Santander es la tercera ciudad de acuerdo al consejo nacional de competitividad, por delante de Cali; Es la región con menos homicidios de Colombia, y equivalente a las mejores ciudades de estados unidos y de Europa, la tasa de homicidios está en 12 x 100.000 habitantes en tanto que, en el resto del país es de 24,4 x 100.000 habitantes.

CS: ¿Ese desarrollo regional se debe a la salud?

VRC: No, se debe a muchos aspectos, pero la salud ha sido un factor muy importante. De hecho, el estudio del Banco Mundial dice que el motor de coordinación ejercido por la cámara de comercio es un hecho muy importante, y por otro lado la salud se convirtió en el segundo renglón de la economía regional, y con la caída del petróleo y gas, que era el primer renglón, la salud se acercó mucho, y sirvió de colchón para amortiguar la reducción en inversiones regionales.

Entonces este proyecto está pensado para, primero, generar salud (el ecosistema general), buscar la integración en todos los sentidos, y, segundo para apoyar y mejorar la economía regional, lo cual incluye la generación de empleo a futuro; este macro proyecto hasta ahora son pasos que hemos venido dando, y dentro de cuya estrategia, la EPS estaba presupuestada desde el comienzo, la universidad también, y está claro que el HIC sin la EPS y sin la universidad no funcionará de la manera como se estructuró el proyecto integral para reinventar la atención en salud.

El HIC con sus mil (1.000) camas, y la universidad que aspira tener también mil (1.000) residentes en diez años , de todas las especialidades; una fuerza de 1.000 residentes es enorme, entonces lo que estamos generando es una institución universitaria de posgrados a la cual le dio la aprobación el Ministerio de Educación hace un año, y que será un motor de desarrollo científico y tecnológico dentro del ecosistema que hemos venido creando, y que le va a aportar a la salud de los colombianos en el tema de formación, con un número muy importante de residentes en este país y médicos especialistas que realicen una excelente práctica, con muy buenos criterios.

CS: ¿Una apuesta tan grande en términos de inversión, operación, cobertura y desarrollo tecnológico, en un momento sectorial que amenaza con incrementos de cartera, no le parece demasiado arriesgada?

VRC: El problema de la iliquidez es una resultante de múltiples causas, pero yo creo que el modelo programático establecido desde la Ley 100 es adecuado; yo estuve recientemente en Holanda en el mes de marzo, invitado por el gobierno Holandés, y visité las aseguradoras y prestadoras de ese país, y pude darme cuenta que, prácticamente son el mismo modelo sanitario, con dos grandes diferencias: la UPC holandesa es quince veces mas grande que la UPC colombiana, y el otro tema es

la eficiencia y como está organizado el sistema, con una organización mucho mejor, en general todas las instituciones son sin ánimo de lucro, solo en el primer nivel de complejidad se permiten instituciones con ánimo de lucro, pero los hospitales privados y públicos y las aseguradoras son sin ánimo de lucro.

Tienen una red contra el cáncer y contra las enfermedades cardiovasculares espectacular, y claro que Holanda tiene 18 millones de habitantes (Colombia tiene 50 millones), algo así como el 36% de la población colombiana, pero solamente tiene quinientas (500) IPS, y si realizamos una extrapolación de este número a Colombia, deberíamos tener alrededor de 1300 IPS, y en cambio tenemos más de 10.000 IPS, ¿por qué? Porque aquí lo cogimos como un modelo económico, aunque cuando nacieron las Empresas Solidarias de Salud se suponía que eran sin ánimo de lucro, pero eso se desvirtuó, y la politiquería se adueñó de muchas de ellas, y se volvieron unas empresas muy ineficientes con dueños que utilizaron las EPS para extraer la plata y hacer política.

CS: ¿Si la macroeconomía colombiana apenas mostrará signos de alguna pequeña recuperación en el 2018, podemos anticipar que la UPC no recibirá ningún incremento sustancial, y sería lógico entonces prever resultados negativos en su ecosistema sanitario?

VRC: La gran apuesta que vamos a hacer y que tenemos que probar, es que la UPC en Colombia alcanza si la manejamos adecuadamente, si le quitamos toda esa cadena de negocios y de ineficiencias, la UPC alcanza. Estoy seguro que, haciendo un buen modelo integrado tipo Kaiser Permanente, con control de costos, nosotros podemos manejar la UPC.

En el régimen subsidiado tenemos unas muy bonitas experiencias, y le manejamos a varias EPS las enfermedades cardiovasculares por un porcentaje de la UPC; nosotros teníamos el 7% de NO POS y con el Presupuesto Global Prospectivo (PGP) se pasó al 0,3%; ¿por qué? Porque los médicos se concientizaron, y toda la organización en general se comprometió a no malgastar; hallazgos como estos, en los pacientes incluidos en los programas manejados con PGP tenemos 4,8 días de estancia, y para la misma EPS, pero en otra región del país que no es Santander y sin PGP, los días de estancia son 9.6; la mitad de los días de estancia porque en este modelo, no intermedian ordenes ni autorizaciones, nada diferente a hacer las cosas rápido y eficientemente.

Esa estructura administrativa que creamos en el sistema de salud colombiano le está causando al sistema mucho dinero, y debemos cambiarla, aligerándola, transformando complementemente la gestión.

CS: ¿Que es FCV PHARMA y para que la creo?

Es una organización propia que ya la tenemos hace 3 años, y esperamos que este año 2018 cuenta ya con 25 moléculas especialmente contra el cáncer, FCV Pharma se monta para disminuir el costo asistencial, y para el consumo propio; hicimos convenios con varias entidades para que un tercero se encargue de la distribución para el resto del país. Bajar costos, porque con el precio tan alto de los medicamentos no era posible continuar operando. Hay un caso absurdo como el del factor VII, que nos lo vendían a \$ 7 millones de pesos, y cuando vino directamente el laboratorio se logró bajar a \$1,8 millones, lo que no justifica este tipo de enriquecimiento; conseguirse una molécula exclusiva es ganarse la lotería; Los laboratorios ponen el precio que quieren, lo venden cuando quieren, como quieren, y se enriquecen sin razón, eso no puede continuar, por eso yo estoy de acuerdo con la regulación de precios de medicamentos.

CS: ¿Qué opina de la compra centralizada de medicamentos y de la declaración de interés público de algunos de ellos?

Totalmente de acuerdo, y estuve hace cuatro meses invitado por el gobierno inglés para conocer el sistema por la embajada de ese país, y conocí el instituto nacional de salud de gran Bretaña en donde conversé con todos los líderes de procesos, y ellos tienen compras centralizadas y los ahorros a ese nivel son enormes; ellos compran insumos, desde hace muchos años, y la contratación la tenía adjudicada DHL como operador logístico, y los vende a los hospitales por un valor ridículamente inferior a lo que compramos en Colombia; ellos son 68 millones de ingleses; y por otro lado sería muy importante hacerlo en Colombia, tal y como se está intentando con la compra para la hepatitis C, lo cual le ahorraría costos y haría más viable el sistema de salud colombiano.

Sobre el segundo tema, de la declaración de interés, estoy totalmente de acuerdo; creo que los laboratorios farmacéuticos no pueden venir a abusar en Colombia colocando el precio que quieren; creo que los que más han ganado dinero con el sistema de salud colombiano son los laboratorios farmacéuticos; es importante el control de precios; no conozco un solo laboratorio farmacéutico que haya sacado una sola molécula porque le pusieron control de precios; Los Stent por ejemplo, costaban 10 veces más, les bajaron los precios y allí están todos los laboratorios; Igual creo yo, que si le ponen control de precios a todos los insumos, ninguno se ira, porque siguen ganando mucha plata. Lo que no puede ser, es que en Colombia tuviéramos los precios más caros de esta parte del mundo a costillas del sistema de salud.

CS: La exportación de servicios de salud (también llamado turismo de salud) pareciera estar pasando por un momento de poca movilidad; Ud. que es uno

de los más importantes impulsores de este ramo de la economía que opina sobre el particular?

VRC: Es una alternativa muy importante, hay regiones como el caribe que necesita comprar todo lo especializado, porque para unas islas tan pequeñas como Aruba y curazao o Bonaire les queda muy complicado tener medicina especializada porque no es costo efectiva, por necesidad deben comprar.

Otras regiones en cambio, como Venezuela que destruyeron no solo el tejido social sino el sistema de salud, en donde la gente tiene que buscar alternativas para hacerse tratar fuera del país, y ahí nosotros estamos ayudando a prestar servicios; muchos no tienen ni siquiera plata para hacerse atender, pero hacemos lo posible por colaborar.

Países como panamá, ecuador y en el mismo Perú, Bolivia y centro américa hay un nicho muy importante, y estamos analizando con PROCOLOMBIA porque NO hemos podido ser muy efectivos en atraer pacientes de Estados Unidos y Canadá, no hemos sido capaces; creo que es mas un problema nuestro como país, como región; de estados unidos salen alrededor de un millón de pacientes al año a buscar atención, y la mayoría van al Asia, donde hay un trabajo muy hecho en Singapur, Malasia, Indonesia; nosotros fuimos a conocer y es impresionante la infraestructura y la orientación que tienen.

Nosotros en Colombia no hemos podido, porque esta misma crisis de salud que es una crisis de flujo de caja, termina siendo una crisis económica, pero no porque los hospitales no sean rentables.

Si uno mira los balances de los hospitales son buenos pero no les pagan, y esa crisis de caja se produce porque las EPS no guardaron los dineros que no consumieron durante los primeros años de gestión, y no invirtieron en promoción de la salud y prevención de la enfermedad; durante esa primera década del sistema de la salud todas hicieron fiesta con la plata de la salud, la plata se perdió, se la robaron, muchas EPS simplemente desaparecieron, recuerden que había mas de 300 EPS, el gobierno colombiano se enloqueció e implementó en el gobierno del presidente Samper y creó EPS como si fueran tiendas de barrio sin ninguna estructura, y allí fue donde se perdió la ley 100; como no se hizo prevención la gente se enfermó, y al enfermarse, las EPS no tenían guardadas reservas, ninguna, todas cogían la plata que se ganaban, como el caso de saludcoop EPS, que creó no se cuantas empresas, sacó plata del país, ferió el dinero, y no pudieron atender cuando la gente se enfermó, y lo mismo Coomeva EPS, y lo mismo todas, unas detrás de otras, hicieron inversiones cuando la plata era del sistema, cuando esos dineros debieron guardarlos para invertirlos cuando la gente se enfermara.

CS: ¿Las EPS como manejaron los servicios NO incluidos en el Plan de Beneficios (NO POS)?

VRC: Por otro lado, hay que decirlo, las EPS están quebradas por culpa de ellas, porque todas montaron un negocio con el NO POS, incentivaron el NO POS, porque simplemente compraban algo por diez pesos y se lo cobraban al Fosyga por cien.

Y ahí están las grandes investigaciones contra palacino y otros, porque crearon un negocio más con el NO POS, hasta que el NO POS consumió las reservas y se reventó, y el gobierno decidió pagar únicamente el 50% y la gente se quedó colgada con el NO POS.

Aquí venían las EPS a proponer manejos inapropiados, como cuando un paciente requería una Tomografía Axial Computarizada con reconstrucción tridimensional para evaluar vasos sanguíneos, que, si estaba dentro del POS, y venían a decir, oiga fórmuleme eso como un angiotac, que eso es NO POS: se lo inventaron, ¿para qué? Para robar al sistema, y así en todas las cosas, entonces montaron un negocio para defraudar al Fosyga con el NO POS.



CS: Nacimiento de FUNDACION SALUDMIA EPS: el país se sorprende que una EPS nazca de una de las mejores IPS y en medio de una gran crisis de liquidez. ¿Porque tomó esta decisión? ¿Porque en el régimen contributivo? ¿Porque únicamente en Santander?

VRC: Yo creo que las mejores soluciones surgen de las crisis; si todo estuviera perfecto no cabríamos; entonces tenemos que hacer una apuesta porque la gente está sufriendo, y se está muriendo por falta de servicios médicos del POS, y queremos dejar un legado, algo mejor cuando nosotros nos vayamos.

Hace muchos años leí una frase de Albert Einstein que dice “si quieres tener resultados diferentes, no hagas siempre lo mismo”, por lo tanto, hay que ser disruptivo en la vida, hay que ser innovador, hay que ser muy creativo para lograr la solución.

la solución al problema de salud no es plata.

Yo le he dicho al ministro, al presidente, a todos, en Colombia cogemos la plata y se la doblamos al sistema de salud, y a los dos años estamos exactamente igual. Ejemplo: el gobierno nacional no hace sino liquidar hospitales públicos, los liquida les paga la deuda, con impuestos de todos nosotros los colombianos, los pone en cero, y a los tres o cuatro años están igual de quebrados que antes, ¿por qué? Por qué no les cambió el modelo de salud, porque siguieron siendo manejados por la politiquería, porque siguieron siendo ineficientes; Por ello, debemos plantear algo totalmente diferente, no podemos seguirnos quejando toda la vida.

Este nuevo ecosistema que hemos creado, es una gran apuesta: primero para prestar servicios de alta calidad, si en algo nos diferenciamos en la Fundación Cardiovascular es por nuestro servicio de alta calidad, 98% de nuestros pacientes se sienten altamente satisfechos con nuestro manejo, y eso es algo que pretendemos tenga la Fundación Saludmía EPS; segundo, lograr un servicio cercano a la gente, un servicio que llame al usuario, no un servicio que este esperando que el usuario vaya y le cierren las puertas, o lo hagan madrugar a las 5 de la mañana para una cita médica; nuestras citas van a ser solicitadas mediante una aplicación en el teléfono; cuando uno pasa por los sitios de dispensación de medicamentos actualmente vemos las colas de pacientes de la tercera edad como pidiendo una favor a las EPS, cuando es un derecho, ellos pagan y han pagado su seguridad social toda su vida, y si no o han pagado el gobierno paga por ellos, que es lo que no han entendido las EPS, que es una obligación, no es un regalo, que lo están haciendo porque es un mandato legal.

Por ello vamos a entregar medicamentos a domicilio, la gente pagará la moto, o lo que se acuerde, pero no tienen que ir a hacer colas, y lo reciben a las cuatro horas en su casa; tendremos médicos que realmente estén pendientes de la gente; hace 30 años existían en Colombia los médicos de cabecera o de familia, y ese modelo desapareció con la ley 100, y ahora le corresponde al paciente ir a que lo atiendan en el hospital y muchas veces mal atendido, y entonces en la Fundación Saludmía EPS queremos volver a tener ese médico único para cada paciente o familia, y que le administre su salud y si se enferma la atienda, y si tiene necesidad de ir al hospital de una vez le tramite todas sus necesidades, por lo tanto en la Fundación Saludmía EPS no van a existir ordenes (autorizaciones) de nada, una vez que el médico decida la conducta el sistema le va a decir en donde y a qué horas le corresponde realizarse el examen o procedimiento.

CS: ¿Porque la Fundación Saludmía EPS arranca solo en el régimen contributivo?

VRC: Habíamos solicitado autorización para ambos regímenes, pero uno tiene que ser racional, y tenemos claro que el área metropolitana de Bucaramanga tiene el

70% de la población afiliada al régimen contributivo; Ese 30% de afiliados al régimen subsidiado curiosamente funciona mejor que el contributivo.

Queremos no hacer unos crecimientos enloquecidos que nos lleven al traste, por ende, nuestra promesa de valor es “cero tutelas por servicios médicos incluidos en el POS”.

CS: La capacidad de afiliación inicial esta autorizada para 35.000 usuarios. ¿NO podría pasar que se produzca un éxodo masivo de afiliados a esta EPS que no tiene deudas y cuenta con un gran respaldo prestacional?

VRC: Nosotros esperamos muchos mas que 35.000 afiliados el primer año. Personalmente espero muchos más, pero el modelo macroeconómico que hay que presentarle a los agentes de la superintendencia nacional de salud tenia que contener una cifra; parte de la discusión que fue muy larga, y sabiendo que la resolución de aprobación estaba prácticamente negada por el mes de julio cuando estaba en ejercicio del cargo el Dr. Norman Julio Muñoz, por diferentes razones, y parte de la discusión era, que no podían comprender las razones del porque íbamos a crecer nosotros mas con la Fundacion Saludmía EPS, que lo creció fulanito, zutanito y perencejo en los últimos cinco años, que cual era el argumento para crecer mas que Sanitas, que cual era el argumento para crecer más que Famisanar que fue la ultima que llegó a la región y que tiene 50.000 usuarios en cinco años; Cuando usted se enfrenta a este tipo de discusiones con los técnicos de la superintendencia nacional de salud, es muy difícil decirles, mire, es que la Fundacion Cardiovascular tiene un prestigio, tiene un gran reconocimiento, tiene los dos mejores hospitales, y que por ello suponemos una afluencia masiva de pacientes hoy insatisfechos en las otras aseguradoras de la región; eso entra dentro de la especulación, y producto de ello consideramos que, si la superintendencia nacional de salud quiere que figura la cifra de 35.000 afiliados, pues vamos a poner esa cifra, porque lo que necesitábamos era la aprobación; confío, y eso dicen mis análisis, que la Fundacion Saludmía EPS va a tener en los próximos dos años entre 200.000 y 300.000 afiliados.

Para apoyar la viabilidad, mandamos a realizar unos estudios de mercado que y nos apoyamos en otros realizados por muy reconocidas firmas nacionales, que mostraron que en el área metropolitana de Bucaramanga el 60% de la población del área metropolitana está altamente insatisfecha con las EPS; pero como era un estudio externo no fue validado, por ello realizamos un sondeo propio que mostró hallazgos muy interesantes: el 60% de la población del régimen contributivo del área metropolitana tiene todo el interés de trasladarse de EPS, lo que correspondería a aproximadamente 560.000 usuarios, pero para que la superintendencia aprobara la

EPS solamente colocamos en el estudio de factibilidad el 7% de esa población que el estudio mostró.

CS: Y que podemos contarle al país sobre su opinión con relación a las redes integrales y a la integración vertical, que seguramente preocupará a muchos.

VRC: Hemos sido muy cuidadosos en lo siguiente, yo siempre he sido un enemigo de los que se oponen a la integración vertical, y nunca tuve relación con Palacino, pero creía desde el comienzo que el peor error era oponernos a la integración vertical, que, por el contrario, lo que deberíamos hacer es gestar y nacer una EPS propia bien hecha que nos permitiera competir por calidad.

En este caso particular, la Fundación Saludmía EPS no es propiedad de la Fundación Cardiovascular, es una fundación, que por este mismo hecho, es autónoma; la Fundación coloca el capital requerido por la superintendencia nacional de salud, la junta directiva es completamente diferente, la junta directiva es totalmente independiente y el staff administrativo también es completamente independiente de la Fundación cardiovascular, por eso, en ese sentido, podemos estar tranquilos que no va a existir integración vertical, porque aunque figuramos como promotores, como gestores, pero no pertenecemos ni es propiedad de la FCV.

CS: ¿Qué criterio le merece la política de atención integral y de manera específica la estructuración y gestión de las redes y las rutas?

VRC: Ya estamos avanzando en este cumplimiento. Le apostamos a eso y creemos que esa es parte de la solución.

La aparición en el ecosistema regional de la Fundación Saludmía va a ser un beneficio para todos y especialmente para los pacientes.

El sistema de salud se justifica para atender bien a los afiliados y a los pacientes, ese es el objetivo fundamental, no para proteger el negocio de nadie.

También hay que decir que muy seguramente vamos a necesitar el concurso de clínicas y hospitales de la región, que para vincularse con la Fundación Saludmía EPS deben cumplir varios parámetros:

1. Que tengan o incorporen rápidamente nuestra Historia Clínica Electrónica, porque cada afiliado tendrá una sola historia clínica en todo el ecosistema asistencial.
2. Debe tener el mismo modelo de prestación de servicios y de negocio, no podemos trabajar con modelos diferentes.
3. Debe tener o estar trabajando en la acreditación de todos sus servicios (es un estímulo para que las IPS se acrediten)
4. Vamos a tener un modelo de relacionamiento de contratación diferente.

CS: ¿Como será el sistema de contratacion de la Fundacion Saludmía EPS?

VRC: Tendremos el lanzamiento de un modelo de contratacion diferente, es más, ya nos hemos sentado con los proveedores de insumos y medicamentos, y ellos van a estar integrados al sistema; dentro de este nuevo modelo, los proveedores de insumos y medicamentos se sientan en una “Junta de Stakeholders”, de gente relacionada con los servicios, y se coloca como eje de las reuniones, los recursos disponibles de UPC, y se distribuyen esos recursos entre las diferentes prestaciones que se tienen, y en las diferentes formas; a ellos les vamos a capitar o a contratar bajo modalidades como PGP los servicios; ya hemos tenido reuniones con los presidentes de las diferentes empresas, en donde han participado actuarios, en donde se avanza en el establecimiento de costos por segmentos, distribuyendo los recursos entre todos los oferentes que presten el plan de beneficios, y les vamos a pagar a ellos directamente un porcentaje mensual de la UPC, programando reuniones mensuales para evaluar los avances.

Seremos la primera EPS que tiene un modelo de negocios diferente, en donde los proveedores, los prestadores, los aseguradores y los usuarios nos vamos a sentar en la misma mesa a montar el mejor sistema de salud que podamos.

CS: Oyéndolo hablar escuchamos mucho mencionar el modelo de contratacion por Presupuesto Global Prospectivo (PGP). ¿Es este el núcleo del modelo de contratacion que tendrá la fundación Saludmía EPS?

VRC: Si. Será una responsabilidad distribuida, por ello el modelo que queremos desarrollar es un modelo de RIESGO COMPARTIDO, pero compartido en toda la cadena; compartido con el médico, compartido con el proveedor, con la IPS, con el paciente que debe responder por su autocuidado y al que debemos enseñarle una serie de cosas para mantener el mejor estado de salud posible. Es un real riesgo compartido, que es la única forma de sacar adelante el sistema; quisiera recordar un chiste que tienen muchos médicos y que dice que el equipo mas costoso que tienen en un hospital es el bolígrafo.

CS: ¿No cree Ud. doctor Víctor Raúl Castillo, que la gestión en torno a la fundación Saludmía EPS y la aprobación y el voto de confianza que le hace el gobierno, pueda generar una gran revolución en el sistema de salud, y que se convierta en la Genesis de un modelo que se copie en otras regiones y que nos lleve a otros puertos que hoy no alcanzamos a imaginar?

VRC: Es lo que estamos buscando. Realmente lo que nosotros queremos es que, este ecosistema de salud que acabamos de crear, y que ha terminado de organizarse con el ultimo eslabón, la fundación Saludmía EPS, modifique para bien,

el sistema de salud desde adentro; no necesitamos una sola ley más, ni una resolución más, lo que necesitamos es hacer la tarea que no hemos hecho;

Hemos sido pasivos como hospitales: que no nos pagan, entonces lloremosle a las EPS tradicionales para que nos paguen: NO. Hay que hacer un modelo diferente, primero para que admitir y demostrar que la plata bien administrada, bien manejada, si alcanza; segundo, hay que trabajar de manera incansable en el mejoramiento del relacionamiento entre EPS e IPS, esa enemistad de origen comercial y financiera incubada durante tantos años y por diferentes razones debe terminar; y, tercero, el flujo de caja tiene que optimizarse, inclinando la balanza hacia la efectividad, hacia los resultados.

Para terminar, quisiera decir que, con el mismo sistema, podemos hacer algo mil veces superior en beneficio de los afiliados.



CARLOS FELIPE MUÑOZ PAREDES

CEO & Fundador

CONSULTORSALUD

info@consultorsalud.com

www.consultorsalud.com