

SI YO FUERA MINISTRO DE SALUD - Auto entrevista **Dr. Juan Carlos Giraldo Salinas**



Consultorsalud le da la bienvenida como colaborador permanente, y presenta un artículo elaborado por el Dr. Juan Carlos Giraldo Salinas, quien se desempeña actualmente como Vicealcalde de Salud, Inclusión social y Familia del Municipio de Medellín.

El Dr. Giraldo es Médico y Gerente Hospitalario, y cuenta con diferentes pasantías internacionales en España, Costa Rica, Estados Unidos y Brasil reconociendo la gestión hospitalaria y los sistemas de salud.

Pasemos al artículo que en esta oportunidad nos ha preparado.

¿CÓMO ANALIZA EL SISTEMA DE SALUD Y SI FUERA MINISTRO QUE HARÍA?

¿Que nos puede decir del sistema de salud?

El sistema de salud en Colombia es una muestra exitosa de una política social de equidad, la más importante del país en los últimos años y que en tan solo 20 años alcanzó la cobertura universal (96% de la población), con igual plan de derechos en los beneficios para casi la totalidad de los ciudadanos, con un sistema solidario donde los que más ganan aportan más, para atender a los que tienen menos ingresos y esto ha redundado en una mayor atención en salud y la mejoría de los indicadores de salud.

Ahora bien existe sufriente evidencia de que el sistema tiene serios problemas que ponen en riesgo su sostenibilidad y que en el corto plazo requiere un fuerte ajuste del modelo actual y la transición a un modelo con mayor intervención pública como lo ordena la ley estatutaria y que hoy por parte de algunos actores del gobierno se genera confusión sobre lo allí establecido.

¿Qué se puede resaltar en los últimos años del sistema de salud?

Entre otros, los logros más destacados son: ratificar la salud como un derecho fundamental, lograr la cobertura universal, unificar el plan de salud para todos, ampliar y aclarar el Plan de Beneficios en Salud, ampliar el número de vacunas gratuitas, apropiar más recursos para la salud aumentando la Unidad de Pago por Capitación por encima de la inflación, reducir el valor de los medicamentos y de algunos insumos, iniciar y establecer un control financiero al funcionamiento de las EPS y efectuar esfuerzos para

mejorar el flujo de dineros entre los actores, pero estos logros no solucionan a fondo los graves problemas de funcionamiento y de sostenibilidad que tiene el sistema de salud.

¿Cuál es el principal problema que tiene el actual sistema de salud y como se soluciona?

El mayor y principal problema hoy es la inequidad en la atención.

Desde la visión de los usuario que es la más importante, el principal problema hoy es la inequidad en el goce efectivo de la salud, a pesar de tener los mismos derechos, hoy las realidades en los servicios en aspectos como: acceso, oportunidad, eficacia, etc., tienen una gran diferencia entre una aseguradora y otra, cada una tiene un modelo de atención que no está centrado en el usuario.

Hoy, los usuarios (como es mi caso) afiliados a SURA EPS tenemos una mayor facilidad de acceso, oportunidad, etc., que la que tienen los usuarios de CAPRECOM y por tanto los indicadores de salud de los afiliados a SURA EPS son notablemente mucho mejores que los de la mayoría de las EPS del régimen subsidiado y de muchas del contributivo, esto es inaceptable porque como consecuencia de esta inequidad en el sistema de salud, hoy tenemos en la atención en salud afiliados de primera, de segunda y de última categoría, así se afirme lo contrario.

De los más de 40 millones de afiliados se puede calcular que solo reciben un aceptable atención en acceso, oportunidad, eficacia, etc... no más de 6 millones de habitantes afiliados a las EPS más organizadas, lo que significa solo un 15% de la población que recibe un aceptable servicio de salud (opinión basada en el modelo de Tanahashi 1978 OMS).

Que hacer para mejorar esta inequidad.

Establecer un nuevo modelo de atención en salud de gobernanza pública que ubique al usuario en el centro y exigir que se cumpla, es el camino expedito de corto plazo para vencer esta inequidad y de paso enfrentar los costos de la salud que crecen de manera exponencial como en todo el mundo, no da espera efectuar un cambio del modelo de atención en salud como ya lo vienen haciendo otros países para lograr un sistema más eficiente en el uso de los recursos; modelos por territorios donde la atención de cada ciudadano es coordinada por profesionales de la salud que son los responsables de ser los agentes de los usuarios, con sistemas de información que facilitan la atención y la comunicación con los pacientes, con protocolos y guías, con acciones eficientes de prevención con amplias coberturas y manejo integral de pacientes crónicos y estableciendo tiempos de oportunidad para las atenciones y haciendo por fin una realidad la referencia y contra referencia de pacientes.

¿Qué otros problemas tiene el sistema de salud en la actualidad y como se solucionan?

1. Problema: La falta de dinero.

De también primer orden se puede afirmar que el dinero en el sistema de salud colombiano es insuficiente, hoy tenemos medicina de altísima calidad con recursos de 657 dólares por persona al año, en Estados Unidos se gastan 8.467 dólares, en Inglaterra son 3.465 dólares y en España 3.072 dólares, esto impide el buen funcionamiento de los dos actores implicados en proveer los servicios de salud que son las aseguradoras (intermediarios) y los hospitales.

Qué hacer ante la falta de dinero.

- a) El primer aspecto es que el cambio del modelo de atención en salud a una atención coordinada por territorios y eso ha demostrado en el mundo en el corto plazo un efecto importante y sostenido del control del costo médico. El 90% del costo medico está concentrado en el 10% de los pacientes (Perm J 2005 Spring;9 (2):93-97 Peter Crooks MD) y la intervención prioritaria de esta población es fundamental en el control de los recursos económicos.
- b) El segundo es juntar en el fondo único o en la unidad de gestión los recursos económicos destinados a la atención en salud de los otros modelos de seguros establecidos obligatoriamente por las normas, como son a su haber: los de cubrimiento de atenciones en salud de los seguros estudiantiles, los dineros de atención en salud del seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) y los dineros de salud de las Administradoras de Riesgos Laborales, incorporando estos dineros al sistema de salud y teniendo un único pagador de las atenciones en salud, se simplifica los trámites, se disminuyen los costos de transacción, se aumenta la UPC y se compra el servicio a una mejor tarifa y con base en protocolos, además de tener una atención integral del individuo.
- c) Es indispensable establecer como lo refiere la ley estatutaria, cuales son los determinantes sociales individuales que están íntimamente relacionados con la salud, que son necesarios de cubrir con rubros de la asistencia social nacional y territorial y no con los recursos del sistema de salud; a su haber y a manera de ejemplos los temas de cuidadores, asistencias sociales a personas con discapacidad, adultos mayores, adecuaciones de muebles e inmuebles, alimentaciones especiales, etc., deben de inmediato liberar recursos de salud que hoy están comprometidos en este tipo de servicios.
- d) Fundamental crear los inspectores de afiliación y aportes al sistema de salud, para un control a la evasión y la elusión en el sistema de salud. La evasión y la elusión tiene un mínimo control y los recursos que allí se captarían serian enormes y frescos para el sistema de salud.
- e) El otro camino y ante la falta de recursos por la crisis económica, es acelerar el proceso de paz y comenzar el postconflicto de manera inmediata destinando desde ya recursos de la guerra para la inversión social y priorizar además de la reinserción, la sostenibilidad del sistema de salud, ya que asegurar la equidad social es fuente para sostener la paz.
- f) Efectuar incentivos para la compra por parte de población con mayores recursos de diferentes opciones de seguros privados de asistencia en salud, separando de manera clara el servicio público de salud de los servicios privados de salud y como son sus rutas de acceso.

- g) Comprar a nivel nacional un aplicativo para aplicación gradual en todo el territorio nacional de los denominados “Grupos de Atención Ambulatoria” que son un sistema de clasificación de pacientes a nivel ambulatorio y de atención primaria (desarrollados de manera inicial por la Universidad Johns Hopkins (EE.UU) en 1987) y que permiten definir un valor de Unidad de Pago por Capitación (valor del seguro) ajustado al riesgo individual, esto permite asignar de manera correcta el valor por cada ciudadano al intermediario público o privado del valor del seguro.
- h) Establecer un sistema de incentivos y sanciones económicas por cumplimiento o incumplimiento de metas de: calidez, calidad y mejoramiento de indicadores de salud, que llevarían a ahorros significativos por la implementación de buenas prácticas de atención.

2. Problema. Los altos costos administrativos y de transacción.

Otra dificultad es los altos costos administrativos que tiene el sistema de salud, puedo afirmar sin temor a equivocarme y por la bibliografía disponible, que entre un 10% y un 15% del sistema de salud, se gasta en: autorizaciones, transacciones, auditoría de cuentas médicas, costos financieros, traslados, etc., que son los 4 billones que urgentemente le faltan al sistema de salud en la actualidad. Los trámites no son efectivos para disminuir el costo médico y son barreras al proceso de atención y afectan la continuidad y la oportunidad.

Como reducir los costos administrativos.

Se debe reducir los trámites mediante el profesional de salud que coordina la atención y es agente de cada paciente para los trámites de autorización y de atención y se deben establecer en el corto plazo modelos de pago diferentes al pago por evento.

3. Problema. La falta de control de los actores.

En el sistema de salud en gran medida cada uno hace lo que quiere y se aplican pocos mecanismos de sanción; el incumplimiento de los mínimos deberes en las interrelaciones parten desde el Fondo de Solidaridad y Garantía, pasando por aseguradores, hospitales, profesionales y pacientes, en todos los actores se realizan actuaciones no consecuentes con un sistema público de salud y se dan muchos abusos de posición dominante sin quien coloque orden.

Como mejorar la falta de control.

Descentralizar y delegar el control de los actores, definir las reglas básicas de actuación y las sanciones por incumpliendo, es un aspecto fundamental de un sistema de salud público que requiere mayor cumplimiento de estándares.

4. Problema. El gran número de usuarios afiliados a EPS sin red o con mínimo modelo de atención.

Hoy un gran número de usuarios de EPS y otros por fuera del sistema de salud como los maestros, que están afiliados a entidades que nos les pueden garantizar un modelo de atención y una adecuada red de servicios de salud.

Como solucionar el tema de los usuarios sin red.

Se efectuaría a través de los inspectores de la seguridad social en salud que además de verificar el tema de evasión y elusión, serían inspectores de red de servicios y modelo de atención en salud y aplicarían sanciones y hasta el retiro de la EPS del territorio ante las faltas repetidas por incumpliendo de disponibilidad en la red de servicios y de no aplicación del modelo de atención coordinada.

5. Problema. Las deudas de las EPS liquidadas.

Es inconcebible que en un sistema público de salud que a los hospitales públicos y privados no se les pague las atenciones brindadas a pacientes que ingresaron por los servicios de urgencias y que atendieron bajo la obligación normativa y la mínima consideración humanitaria, expresando que las EPS fueron liquidadas y que no hay nada para hacer.

Como pagar estas deudas de las EPS liquidadas

Se debe tramitar un proyecto de ley extraordinaria y puntual para la apropiación de recursos y pago a las IPS públicas y privadas de todas las atenciones en salud brindadas a usuarios que ingresaron por los servicios de urgencias de EPS que entran o entraron en liquidación en el sistema de salud, lo cual se efectuaría previo un sistema de auditoria de que el usuario requirió el servicio de manera pertinente por urgencias y la afiliación en su momento a una entidad que entro luego en liquidación.

6. Problema. La falta de normas comerciales claras ente IPS y EPS en el sistema público de salud.

En la actualidad el paciente se atiende y el Estado a través del FOSYGA, la EPS y otros pagadores en la actualidad tienen una posición dominante y por lo tanto definen que parte de la atención se paga, a qué valor y cuando paga, incumpliendo cualquier práctica universal de comercio.

Como solucionar el incumplimiento de las prácticas comerciales.

Establecer nuevos médelos de pago más integrales y establecer manuales de tarifas únicos en el sistema de salud público y reglas comerciales claras y exigibles para los actores, con sanciones, y establecer una metodología para el sistema de precios de insumos en el sistema público de salud (medicamentos y material médico quirúrgico) con base en el costo de su adecuación y disponibilidad.

7. Problema: la congestión en los servicios de urgencias y su habilitación.

El tema de habilitación de urgencias actual con requisitos altos que hacen que no se puedan tener servicios para urgencias menores o específicos para algunas patologías, nos lleva a una congestión excesiva de los servicios de urgencias de alta complejidad, haciendo ineficiente su funcionamiento, generando riesgos en la calidad y en la calidez, poniendo en riesgo al personal de salud y agregando mayores costos a la atención en salud.

Como solucionar el tema de la congestión actual de los servicios de urgencias. Permitiendo la adecuación de la habilitación de urgencia; para que los departamentos y las grandes ciudades definan parámetros para redes de urgencias de acuerdo con las necesidades actuales de; atención prioritaria, atención de urgencias de pacientes crónicos, urgencias menores, etc., articuladas con las urgencias de hospitales de mediana y alta complejidad.

8. Problema: el bajo número de profesionales de la salud.

En la actualidad es insuficiente el número de profesionales de la salud en todas las áreas, aunque ha crecido no ha aumentado a la par de los derechos y esto hoy dificulta el acceso y limita el desarrollo de la atención coordinada, además que aumenta los costos del sistema, afectando la calidad y la calidez en la atención.

Como solucionar el bajo número de profesionales. Implementando ya un proceso subsidiado de ampliación de cupos de formación de profesionales de la salud en todas las universidades públicas y obligando a estas últimas a la estructuración de programas de formación en los que se denomina en algunos países profesionales para la coordinación de pacientes formados en PRACTICA GENERAL o MEDICINA FAMILIAR y la ampliación de cupos de especialistas en todas las universidades y liberando la formación de estos a los hospitales universitarios que desarrollen estructuras educativas que puedan ser habilitadas en el corto plazo.

¿Nos puede expresar si la figura de intermediario en la salud es necesaria?

La respuesta es sí y es absolutamente necesaria, ya sea a través de actores públicos o privados, la salud es un tema complejo que requiere la intervención de un agente, supervisor o coordinador, son demasiadas las variables y las condiciones humanas y económicas que están en juego y las decisiones de atención deben ser en lo general estandarizadas pero decididas en forma particular a cada caso y esto solo lo puede hacer un grupo interdisciplinario de profesionales. Como consecuencia del ajuste al sistema de salud que se propone aquí, las actuales EPS privadas deberán considerar si siguen en el sistema efectuando un proceso de adaptación a las nuevas condiciones o si se retiran del sistema público de salud y solo se dedican a los seguros de salud privados. Considero que varias de las aseguradoras actuales podrían adaptarse a este modelo más exigente y regulado y ligar sus funciones del aseguramiento o intermediación del

servicio público de salud al negocio de los seguros privados opcionales para los habitantes.

¿Este proceso de cambio y transición del modelo cuando debe comenzar?

Es indispensable iniciar ya y definir los frentes de trabajo de corto, mediano y largo plazo, el cual debe tener como sustento inmediato para la transición al nuevo modelo, el desarrollo de un sistema de información robusto que permita tener de cada colombiano todas sus variables sociales y sanitarias en un único sistema de información.

JUAN CARLOS GIRALDO SALINAS