

La reforma en salud

Y EL OCASO DEL PROYECTO 052

Iván Jaramillo Pérez*

Los por qué del proyecto

Los factores que han motivado los proyectos de reforma presentados al Congreso ya hace más de un año han sido múltiples, así como múltiples han sido los actores interesados en modificar diferentes aspectos del sistema de salud. Por estas razones los proyectos presentados llegaron a catorce, los cuales se pretendieron condensar en el denominado proyecto 052.

Los primeros interesados fueron los propios congresistas, a manera de ejemplo, está el caso de Rafael Pardo y de Vargas Lleras que sin ser expertos en el sector estimularon la creación de la Comisión Accidental del Senado para tratar el tema, buscando responder a los múltiples requerimientos escuchados de sus seguidores en las regiones.

Entre los actores demandantes de cambios se cuentan de tiempo atrás los salubristas del país quienes habían venido denunciando con alarma como estaban creciendo o se estaban reactivando las enfermedades transmitidas por vectores como la malaria, el dengue o la fiebre amarilla y como se ha reactivado la mortalidad materna al tiempo que caen las coberturas de vacunación.

Otro sector con preocupaciones ha sido el interesado en la persistente crisis de los hospitales que ahora presentaba matices especiales tales como el cierre de instituciones sobre todo en el segundo y tercer nivel de atención, en contraste con la aparente “sobrefinanciación” del primer nivel de atención.

De otra parte los defensores de los aspectos positivos del régimen subsidiado de salud, expresados en el aumento constante de sus coberturas, miran con desazón las moras crecientes en el flujo de recursos entre los diferentes actores, generadoras de los elevados costos de transacción, llegando finalmente a colocar a los prestadores en una situación financiera insostenible.

A todo lo anterior se ha sumado las consideraciones de los organismos internacionales los que después de un tiempo de alabar la reforma colombiana ahora la han empezado a mirar con reserva, e incluso la propuesta estrella de crear un régimen subsidiado de salud, o de subsidios a la demanda para un “seguro popular”, ha sido puesta en práctica en otros países como México, Perú y Bolivia pero con otros mecanismos diferentes a la creación de las ARS y de la competencia público-privada.

* Consultor en temas de salud.

Los propósitos del gobierno

Al aprovechar algunos escándalos locales en el manejo de recursos y el ambiente de reforma el gobierno centró su propuesta en dos aspectos:

1. Modificar el flujo de los recursos en el régimen subsidiado de salud recentralizando su manejo financiero en el denominado Focos (Fondo Colombiano de la Salud) en el cual deberían converger todas las fuentes de financiación, eliminando para todos los efectos la presencia administrativa de las entidades territoriales, en especial, de los municipios, y estableciendo un flujo directo de recursos entre el Ministerio de la Protección Social y las administradoras del régimen subsidiado.
2. La siguiente propuesta estaba centrada en la modificación de la red pública de servicios, para volver a centralizar los hospitales locales y los centros de salud y convirtiéndolos en dependencias de los hospitales de segundo y tercer nivel. Esta estrategia denominada como de reconstrucción de “redes” buscaría solucionar los problemas financieros de los hospitales de segundo y tercer nivel, los cuales como se sabe presentan un déficit recurrente y según este enfoque, ese déficit podría ser subsanado con el superávit o la “sobrefinanciación” que hoy se estaría presentando en los hospitales locales y centros de salud del primer nivel de atención.

Las propuestas del gobierno incluidas en la primera versión del proyecto 052 fueron adicionadas con ajustes de diverso orden procedentes de los otros catorce proyectos, especialmente en temas de salud pública, en las limitaciones a la integración vertical, en las medidas de protección a los prestadores y sobre todo en la reasignaciones financieras sin generar nuevos recursos pero en orden a ampliar la cobertura del régimen subsidiado.

Gracias a esta nueva presentación y a los intereses particulares de algunos senadores, el proyecto fue inicialmente aprobado en la Comisión Séptima del Senado, sin embargo, sufrió un serio traspie al llegar a plenaria, pues antes de ser radicada la ponencia se debió enfrentar la oposición cerrada de la Federación Colombiana de Municipios y como consecuencia se le quitaron sus dos herramientas principales, a saber: el Focos y la recentralización explícita de las redes de servicios.

El flujo de recursos y la caída del Focos

Entre los catorce proyectos presentados al Congreso sólo existió uno, el de la Federación Colombiana de Municipios, presentado por el senador Rodrigo Rivera, que defendió el principio de la descentralización administrativa de los recursos de salud y pese a que trató de ser desconocido en la ponencia integradora de la Comisión Séptima del Senado, finalmente terminó imponiéndose sobre todos los otros trece proyectos que coincidían con el gobierno en la reconstitución del centralismo.

Las debilidades del planteamiento del gobierno, en el sentido de crear un Focos centralista, eran su abierta inconstitucionalidad y que la argumentación cuantitativa presentada para validar su creación no pudo ser demostrada en el momento de confrontar las cifras.

El gobierno sostenía, apoyándose en mas de novecientas demandas de las ARS y en escándalos como los protagonizados en la Alcaldía de Riohacha, en los cuales se presentaron situaciones de desviación de recursos, que todo apuntaba a que el causante de las moras en el flujo de recursos era el municipio y que por tanto se le debía quitar toda ingerencia en el manejo financiero y administrativo del régimen subsidiado.



No obstante las cifras presentadas por la Federación de Municipios ante la Presidencia de la República y el grupo de senadores ponentes mostraban en forma fehaciente en que el verdadero culpable de las moras crecientes en el flujo de recursos era el FOSYGA y que los municipios pese a los casos particulares señalados como causantes de malos usos no se apropiaban, ni se robaban, o desviaban los recursos “masivamente” sino que al contrario apuntalaban la financiación del régimen subsidiado en 18% de su financiación: con aportes propios, con anticipos a las ARS mediante la unidad de caja y la cofinanciación del capital de trabajo de las redes públicas mientras las ARS pagaban.

Ante estos argumentos y para eludir el debate de plenaria en contra que pudieran presentar diferentes senadores opositores, algunos de los ponentes del proyecto 052 liderados por el senador Benítez, tomado distancia frente al grupo de Dief Maloff, decidieron presentar el proyecto 052 a plenaria del Senado sin incluir el FOCOS, aunque blindando la gestión municipal de los recursos, con una propuesta de la FCM, mediante la cual se obligaba a que éstos fueran manejados a través de fiducias bancarias con corresponsabilidad fiscal de las propias entidades financieras.

El problema de las redes de servicios

La otra piedra angular del proyecto inicial presentado por el gobierno era la eliminación institucional de cerca de mil unidades de prestación de servicio desarrolladas a lo ancho y largo de la geografía del país, gracias al proceso de descentralización, obligándolas a fusionarse con los hospitales de segundo y tercer nivel. Propuesta que folclóricamente se ha definido como: “matar a los pollitos sanos para dar de comer caldo al vejito enfermo”

Para conseguir este objetivo, el proyecto del gobierno propuso como norma que la única forma de prestar servicios de salud en el sector público debería ser mediante la constitución y acreditación de empresas Sociales del Estado, pero éstas sólo podrían ser autorizadas por el Ministerio de la Protección Social si llenaban una serie de requisitos tales como tener un equipo de especialistas, salas de parto y cirugía y coberturas iguales o superiores a 100.000 personas, lo cual como se sabe es característico de los llamados hospitales regionales o de segundo nivel y que en caso de imponerse como norma, harían desaparecer como personas jurídicas a cerca de 1000 centros de salud y hospitales locales que hoy existen como unidades autónomas en los municipios.

Esta estrategia de constitución de “redes” obedece al supuesto según el cual las unidades de primer nivel están “sobre-financiadas” mientras las del segundo nivel presentan déficit, el cual podría compensarse mediante esta fusión de las redes de primer nivel con los hospitales de segundo y tercer nivel.

Efectivamente los hospitales de segundo nivel así como los de tercer nivel, han venido incrementando su crisis financiera gracias al Artículo 193 de la Ley 100, originado en el acuerdo entre el gobierno y los sindicatos para nivelar las escalas salariales muy por encima de los precios del mercado y de los ajustes anuales aprobados por el Conpes para el conjunto de los funcionarios públicos. El objetivo real de este acuerdo era darle viabilidad sindical a la ley 100 en 1993. En desarrollo de ésta disposición de la ley 100 se incrementaron las escalas salariales de los hospitales en el 48.5% (por encima de la inflación) entre 1994 y 1998 sobre el nivel del resto de los funcionarios públicos, arrastrando en la misma proporción el conjunto de los factores prestacionales y convencionales y generando así un sobre costo que a la pos-

tre llevaría a los hospitales a perder competitividad en el nuevo mercado público-privado abierto por propia Ley 100.

El gobierno ante el sobre-costo hospitalario ha desarrollado una triple estrategia: en primer lugar atribuir la responsabilidad del sobre-costo a los alcaldes y gobernadores y a los gerentes de las ESE para encubrir su irresponsabilidad; en segundo lugar impulsando y financiando con crédito externo la reestructuración de los hospitales; y en tercer lugar impulsando mediante el proyecto 052 la reconstitución de redes, concepto equivalente a la fusión institucional entre niveles de atención.

La experiencia ha venido demostrando que la reestructuración de hospitales es una medida insuficiente, pues consiste en despedir masivamente a los funcionarios de planta con altos niveles salariales y prestacionales y volverlos a contratar a “precios de mercado” mediante cooperativas de trabajo asociado o empresas de servicios temporales. Y si bien éstas medidas reducen los costos de operación, arriesgando la solidez jerárquica e institucional de los hospitales, sin embargo las reestructuraciones no solucionan el otro 50% del problema que tiene sus causas en la administración de las ventas de servicios y los recaudos, la cual presenta moras crecientes atribuidas al no pago del Estado por los servicios prestados en los hospitales a la población no asegurada y por los retrasos y moras crecientes en los pagos que deben hacer las ARS, las EPS y en general las aseguradoras a los prestadores públicos y privados. Los sobrecostos desde la oferta y el no pago desde la demanda conforman la tenaza siniestra que estrangula y mata a los hospitales públicos.

Es de observar que los factores causantes de la crisis hospitalaria en el segundo y tercer nivel no se presentan por lo general en los

hospitales de primer nivel debido a que estos son de más reciente creación y no arrastran personal con las altas escalas salariales y prestacionales “niveladas”; estos centros y puestos de salud así como los hospitales locales, generalmente trabajan con empleados que no son de planta, con salarios a precios de mercado y tienen además un monopolio “natural” del mercado por estar ubicados en municipios pequeños y medianos. Pero quizás lo más importante en los temas financieros es que tienen derecho a disponer del 40% de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y lo que es igualmente o más importante, a recibir esos recursos en forma de capitaciones parciales y en forma anticipada sin tener que someter al tortuoso trámite de las facturas, con 90 o 180 días de plazo, cuando el mecanismo es el pago con presentación de factura por cada servicio prestado, tal como ocurre en los hospitales de segundo y tercer nivel.

Como puede observarse en este análisis la realidad de las unidades de primer nivel es diametralmente opuesta a la que presentan los hospitales de segundo y tercer nivel y el proyecto 052 en los ajustes sucesivos a que ha sido sometido ya no es tan explícito en establecer una fusión obligatoria de redes, aunque sí deja en manos del Ministerio de la Protección Social su reglamentación.

El replanteamiento de la salud pública

Pero el proyecto 052 no podía hacer oídos sordos a las demandas de los salubristas y quizás su mejor capitula es el que tiene que ver con la Salud Pública. Es de recordar que el concepto de salud pública no fue considerado por las leyes 60 y 100 de 1993 dejándolo solo para caracterizar al código sanitario. La ley 715 tuvo la virtud de retomar el concepto como una categoría administrativa y



financiera diferente al aseguramiento y al presupuesto de los hospitales y en consecuencia asignando unos recursos ciertos y específicos a la Salud Pública. El proyecto 052 a su turno propone enriquecerlo con definiciones conceptuales, señalamiento de competencias y funciones y redefiniendo la asignación de recursos en su beneficio.

Las nuevas perspectivas del aseguramiento

El proyecto 052 hubiera muerto sin remedio en la sesión plenaria del senado después de haber perdido un ala con la caída del Focos y de quedar con la otra averiada por la no claridad en el tema de la fusión de redes; sin embargo, varios parlamentarios en interacción con otros actores de la sociedad civil, le dieron un nuevo aire al proponer diversos mecanismos para la ampliación de la cobertura de régimen subsidiado de salud e introducir modificaciones en las ARS, ahora denominadas EPS del régimen subsidiado, tales como su relación con los prestadores (ceranía de prestadores y usuarios, sistema tarifario especial, control de calidad, defensorías del paciente y del profesional etcétera).

Efectivamente, el proyecto propone una reasignación de fuentes financieras para la ampliación de las coberturas del régimen subsidiado aunque sin generar nuevos recursos (excepto en la propuesta más reciente de tomar recursos del 4 por mil). Se trata entonces de quitarle recursos a otros actores, lo cual por cierto genera contradicciones con ellos, para beneficiar la ampliación de las coberturas del régimen subsidiado, que entre otras ha resultado muy atractivo para los políticos, pues a parecer facilita el mercado de votos a cambio de carnés, cosa que no ocurre con el régimen contributivo y de ahí

su despreocupación por restarle recursos, estabilidad y garantía a la compensación.

El nuevo proyecto 052 que hizo trámite en la plenaria del senado para finalmente radicarse y estancarse en la Cámara, propone incrementar las transferencias del régimen contributivo al régimen subsidiado, afectando la compensación y entrando lógicamente en conflicto con Acemi y las EPS; propone además quitarle recursos a los subsidios de oferta de los hospitales públicos, agudizando contradicciones con ellos y propone entre otras exigirle más recursos la Ministerio de Hacienda (*pari passu* y 4 por mil), lo cual ha originado la descalificación del proyecto por parte de ese Ministerio.

Pero el nuevo proyecto 052 además pretendió legitimar la creación de los subsidios parciales en el régimen subsidiado de salud y obligar a una nueva regionalización de las ARS, pero estas medidas han sido desarrolladas por el gobierno mediante decretos y acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, lo cual le ha restado utilidad al proyecto de ley. De manera adicional el decreto 4693 de 2005 obliga a los municipios a manejar los recursos del régimen subsidiado mediante cuentas maestras, eliminando los cheques y utilizando los avances de la banca electrónica para blindar su flujo, dejando si piso al Focos y las fiducias bancarias.

Finalmente es de resaltar que el proyecto es muy enfático en limitar la llamada “integración vertical”, que consiste en el manejo directo de las redes de servicios como propiedad de las EPS; sin embargo ésta propuesta que goza del apoyo de las clínicas privadas y de los hospitales públicos choca con los intereses de las EPS, que encuentran en la integración vertical la posibilidad de un mayor control de costos y de conseguir las verdaderas posibilidades de lucro.

Algunas conclusiones

Contrasta la situación actual donde abundan los recursos financieros, la multiplicidad de entes y gerencias autónomas y el fortalecimiento de los primeros niveles de atención con lo ocurrido hace quince años cuando en 1990 se impulsó precisamente una reforma descentralista que entre otras cosas proponía incrementar los recursos financieros, el manejo gerencial de las instituciones y el desarrollo del primer nivel de atención.

Es de observar además que las altas coberturas del aseguramiento y el desarrollo de la principal fuente financiera que es el Sistema general de participaciones tienen su origen en los mandatos de la Constitución de 1991 (artículos 48, 256 y 257) siendo la ley 100 de 1993 su desarrollo legal junto con la ley 715 de 2001.

Pero el debate suscitado por la presentación del proyecto 052 y de otros trece o catorce proyectos más, ha puesto de relieve que algunas componentes de la reforma no funcionan bien. Quizás las dos reformas entrecruzadas: la de la descentralización y la del mercado del aseguramiento han generado demasiados actores y altos costos de transacción y a la postre el esquema debe ser simplificado.

La alternativa de reforma extrema podría ser escoger entre: descentralización o mercado, o bien crear un sistema dual semejante al propuesto por la Misión Harvard:

descentralización en los municipios pequeños y medianos (sin mercado) y mercado abierto y regulado en los municipios grandes y los distritos, en donde en forma natural si hay mercado. La opción propuesta por el proyecto de la Federación Colombiana de Municipios presentado al Congreso planteó un sistema de seguro descentralizado en donde los municipios responden por el primer nivel de atención, los departamentos manejan una póliza de hospitalización y cirugía semejante a los subsidios parciales (con opciones de mercado entre prestadores) y el Fosyga se hace cargo de las enfermedades de alto costo.

Pero en su intento de reforma, el proyecto 052, no tuvo una estrategia viable y perdió primero sus grandes alas en el debate con la descentralización territorial e institucional; además muchos de sus planteamientos han sido sustituidos posteriormente por decretos y acuerdos (la regionalización, las cuentas maestras y los subsidios parciales) y finalmente sus nuevos objetivos apoyados por los “políticos” han entrado en contradicción con actores muy poderosos que manejan el poder financiero del sector.

Así se puede vaticinar que es muy poco probable que el proyecto 052 logre salir a flote y las mayores pérdidas que ocasionará será el no haber logrado una mejor definición de la salud pública y no haber logrado contrarrestar un poco el poder dominante de las aseguradoras.

