

Los profesionales de la salud y la crisis del sistema de salud en Colombia: ¿Indignación o acomodamiento?

The health professionals and the crisis of the Colombia Health System ¿Indignation or indifference?

Hay un gran consenso en el país sobre la urgencia de reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Nunca antes había sido tan evidente su fracaso. En primer lugar, por la corrupción desbordada y manifiesta, reconocida en la reciente sanción de la Superintendencia de Industria y Comercio por \$16.984 millones a 14 Empresas Promotoras de Salud (EPS) y a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), organización que las representa.¹ En segundo lugar, por que la sostenibilidad financiera del sistema está seriamente comprometida, a más que la red de hospitales públicos y otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) están al borde de la quiebra: de acuerdo con el último corte de cartera a 30 de junio de este año, a los hospitales públicos se les adeuda en \$3,8 billones,² la mitad de los cuales correspondían a dineros no pagados por las EPS; más grave aún es que estas deudas y las que existen entre el Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga), las EPS y las IPS se intentan solucionar por parte del gobierno con un rescate financiero de las EPS y otra serie de medidas apenas anunciadas que seguramente consisten en un refinamiento del modelo de intermediación con ánimo de lucro, que es la única razón de ser de las EPS, y la causa principal del desastre actual del SGSSS. Es en ese sentido que debe entenderse la planeada reducción del número de EPS de las 72 existentes a menos de 20. El objetivo de la reestructuración del sistema de salud puesto en marcha por el Ministerio de la Protección Social no es resolver el problema de fondo de cómo se atienden todas las necesidades de la población sino como se perfecciona el gran negocio de las EPS.

De otra parte, aunque se pregonan a los cuatro vientos como gran logro del sistema el haber alcanzado una cobertura casi universal del aseguramiento, se calla lo que comprobamos diariamente en nuestro trabajo todos los profesionales de la salud: que esas cifras de cobertura no satisfacen las necesidades de salud de nuestra población, especialmente de la que vive en extrema pobreza; que la calidad del servicio a los afiliados al sistema se ve afectada por las limitaciones impuestas por la facturación, la irracionalidad e insuficiencia

de los planes de beneficios, el hecho que las EPS descuenten sus ganancias del monto que reciben para atender a los pacientes (de la unidad de pago por capitación-UPC); y que las condiciones de trabajo de la inmensa mayoría de los médicos, enfermeras y demás trabajadores de la salud es deplorable. Bastaría, por ejemplo, con describir en detalle la rutina cotidiana en un servicio de urgencias cualquiera para ilustrar a la perfección por qué la cobertura alcanzada está muy lejos de significar que sea posible, en las actuales condiciones, brindar a todo paciente la apropiada atención en el momento oportuno.

Ante esta realidad existen actualmente dos posiciones: una, encabezada por el Presidente de la República y su Ministro de Protección Social, que considera que basta con hacer algunos “ajustes” y aprobar por medio de Decretos la reglamentación de las Leyes ya existentes para darle mayor capacidad de gestión y fiscalización al sistema de salud; la otra, representada en un grupo de académicos y unos pocos políticos y usuarios del sistema, que plantean la necesidad de realizar una reforma radical que implica diseñar e implementar un nuevo modelo de salud. En medio, y a veces perdidos, estamos los profesionales de la salud, que día a día participamos en el sistema en múltiples roles, pero no nos involucramos en el proceso.

Este editorial tiene como objetivo promover la reflexión crítica reactiva sobre el papel de los profesionales de la salud y de los estudiantes de medicina, psicología, enfermería y otros programas de ciencias de la salud en la actual discusión sobre el SGSSS. La situación exige no eludir la responsabilidad que nos corresponde y, por tanto, no ser ajenos a las discusiones que sobre el tema se dan en los ámbitos académicos, profesionales y políticos, y entender que se debe tomar una posición fundamentada en el conocimiento riguroso del sistema de salud de nuestro país. Más que una opción, es un deber, pues ninguna persona está más involucrada en el sistema que nosotros los profesionales de la salud: somos a la vez usuarios como todos los colombianos; somos parte del sistema como prestadores de

servicios y la cara frente a cada uno de los usuarios; y además, somos empleados de las EPS-IPS en cualquiera de sus modalidades (término fijo, prestación de servicios y demás).

Todo el problema con el actual sistema de salud tiene su origen en la Constitución Política de 1991 la cual determinó que la salud no es un derecho fundamental como antes se aceptaba, sino que los colombianos tenemos derecho a la seguridad social pero no a la salud, tal como quedó contemplado en el capítulo II “De los derechos sociales, económicos y culturales”. Esta concepción abrió paso para que se aprobara la Ley 100 de 1993 con la que se estableció un sistema de seguridad social, en el que se acoge lo que se conoce como un modelo de competencia regulada.³ Este sistema de aseguramiento, no de salud, está basado en la intermediación financiera de las EPS, antes inexistente, y en la competencia en el mercado de compañías aseguradoras y compañías prestadoras de servicios. A su vez, la Ley 100 redujo al Estado colombiano a un simple “modulador” o “armonizador” de las leyes del mercado en el negocio de la salud,^{4, 5} política que explica la eliminación que se hizo entonces del Ministerio de Salud y su subsecuente reemplazo, inicialmente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y, posteriormente, por la Comisión Reguladora en Salud (CRES), débiles organismos que en teoría conservan funciones de rectoría del sistema de salud pero que en la práctica solo se preocupan, por lo visto sin éxito, de cuidar que la llamada “mano invisible” del mercado regule la competencia entre EPS e IPS.

Puede afirmarse sin temor a equivocación que casi 20 años después de la organización del SGSSS, y de haberse promulgado dos leyes que la reforman (la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011), los avances del sistema han sido mínimos y, por el contrario, la atención a la salud de la población adolece de enormes y muy serios problemas. En aras de favorecer el negocio de las EPS privadas y con ánimo de lucro, el sistema profundizó una inequidad en salud inaceptable con el establecimiento de los Regímenes Subsidiado y Contributivo y se atrevió a llamar “vinculados” a quienes se quedaban por fuera del sistema por el delito de ser los más pobres entre los pobres y no poder cotizar. Con el mismo objetivo estableció dos planes de beneficios distintos, los POS, tan inequitativos que la Corte Constitucional mediante la Sentencia 760 de 2008 ordenó homologar, mandato al cual hasta el momento no se le ha dado cumplimiento. A este respecto, la Defensoría del Pueblo mostró que el 56.4% de las tutelas de salud entre 2003 y 2005 fueron presentadas por negación de servicios contenidos en el POS,⁶ lo cual no solo redundaba en la negación de derechos ya adquiridos, mayor inequidad, demora en los procedimientos, deterioro en la calidad y la relación profesional-paciente, sino que termina por ser rentable para las EPS, entidades que encontraron la manera de obtener beneficios económicos de las tutelas vía recobro al Fosyga de los procedimientos tutelados pero que son de su directa obligación.

El Gobierno ha dicho que en este año habrá un POS unificado pero, aparte de declaraciones imprecisas sobre sus

presuntas bondades, no se ha discutido públicamente los borradores de los decretos en que se materializará dicha unificación. De lo poco expresado por el Ministro hasta ahora es posible predecir que será un plan de beneficios unificado por lo bajo y justificado con tecnicismos que continuaran privilegiando la rentabilidad de las EPS sobre las necesidades de los pacientes.

A pesar que con la Ley 1122 de 2007 se buscó, por medio de la organización del Plan Nacional de Salud Pública, promover el mejoramiento de los indicadores de salud claves como la mortalidad materna e infantil, éstos se han mantenido en niveles altos. Los embarazos en adolescentes han aumentado a niveles que nos avergüenzan ante el resto del mundo: del 12% en 1990 se pasó al 21% en el 2005, tasa que se mantiene hasta hoy en la población nacional, pero que en los estratos por debajo de la línea de pobreza llega a ser del 37% en el 2005, año en el cual el 62% de las mujeres de hasta 19 años de la población desplazada ya habían tenido hijos o estaban embarazadas.⁷ Igualmente, las enfermedades transmitidas por vectores, así como las de notificación obligatoria como la tuberculosis, están causando hoy más muertes que en el pasado reciente. Existe también evidencia de que la descentralización y privatización del sistema de salud que se implementaron con la Ley 100 afectaron negativamente los programas de control de enfermedades como tuberculosis, dengue o malaria.

La financiación del SGSSS le ha costado al Estado inmensos recursos económicos que, como se ha visto, no han revertido en una mejor atención de salud para la población. Se ha calculado que del 100% de los recursos para salud, el 15.5% se derivan a la administración, es decir al pago de las EPS por la gestión de aseguramiento, el 10.3% para inversión en infraestructura y el 64.7% para atención en salud, rubro que incluye ganancias para las EPS y demás actores del sistema y del cual solo 6.75% son para actividades de promoción de la salud y prevención de a enfermedad, y un exíguo y a todas luces insuficiente 1.9% para programas de salud pública.⁸ Estas cifras demuestran que en el actual SGSSS, sistema de salud guiado por las leyes del mercado, que favorecen la ganancia de la intermediación financiera, la salud pública del país vale menos que el ánimo de lucro de las EPS.

Algunos sectores consideran que la Ley 1438 de 2001 representa un avance porque implica una reforma del sistema de salud basada en un modelo de Atención Primaria tal como lo han propuesto la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones internacionales. Suponen además que el modelo de atención primaria permitirá mejorar los mediocres indicadores de salud en el país y hacer énfasis en las actividades de promoción y prevención. El problema reside en que la Ley no crea los mecanismos necesarios para que pueda implementarse un sistema nacional de atención primaria de alta calidad. Todo lo contrario, todo parece indicar que el gobierno actual planea entregar la atención primaria y la promoción de la Salud y la prevención de la enfermedad a las EPS. Y siendo

las EPS corporaciones financieras con ánimo de lucro, se puede inferir que si este es el caso, las EPS aceptarían hacer prevención y promoción, algo que hace unos años era impensable, no para atender las necesidades de salud de la población sino simplemente porque en la Ley 1438 introdujo un marco legal que permite vía reglamentación por decretos, la configuración de mecanismos para que la atención primaria y la prevención y promoción de la salud sean un buen negocio de intermediación. En este escenario, el gobierno se comprometería a financiar con recursos públicos la atención primaria en salud administrada y con intermediación de las EPS.

El Gobierno ha dicho que las reformas estructurales al SGSSS ya fueron hechas con la Ley 1438 de 2011 y que se apresta a expedir una serie de Decretos orientados a favorecer el negocio de la intermediación financiera. Desde la otra orilla, un cada vez más amplio sector de opinión insiste en que la verdadera reforma que necesita el SGSSS es la eliminación de la intermediación representada en las EPS. En los pocos países en que dentro de los sistemas de salud predomina la intermediación tipo EPS, como en los Estados Unidos, estas compañías aseguradoras absorben hasta el 50 % o más de las finanzas para la salud, recursos suficientes para brindar una verdadera cobertura universal de atención en salud con un plan de beneficios integral a la población, sin deducibles, copagos, cuotas moderadoras, o cualquier otro gasto de bolsillo. Con el ahorro que significaría no tener que financiar el ánimo de lucro de las aseguradoras privadas que nada aportan a la asistencia o a la prevención y promoción, se podrían implementar un verdadero programa nacional de atención primaria en salud que no esté guiado por los beneficios económicos que le puedan representar a las EPS el servir de puerta de entrada al sistema y el controlar los mecanismos para referir los pacientes al segundo y tercer nivel de atención.

Un último aspecto, que es del máspreciado interés de los estudiantes y profesionales de la salud: las EPS también intermedian el proceso entre el paciente-cliente-afiliado y el médico-profesional-empleado, lo cual afecta la visión del paciente hacia el profesional, el trato y la credibilidad.⁹ Las guías y protocolos de manejo que se escriben pensando en la productividad que debe regir la “industria de la salud” y en el costo-efectividad que debe prevalecer en el ejercicio de esta práctica de la medicina que limitan la autonomía en el ejercicio profesional y no da importancia a la experiencia clínica, a la labor de observación y semiología médica, y a las habilidades comunicativas, humanistas y de empatía que distinguía a los profesionales de las épocas preEPS y que hoy debería conservarse al mismo tiempo que debería

prestarse atención en salud con lo más avanzado del conocimiento y la tecnología médicas.

Es hora de sacudirnos del coma inducido que nos mantiene acomodados al sistema de salud del cual hacemos parte, es hora de recordar lo expresado por Rudolph Virchow en 1894: “La medicina es una ciencia social y la política no es otra cosa que medicina en gran escala”.¹⁰

Laura del Pilar Cadena Afanador, MD, MPH

Bernardo Useche Aldana, PhD

Profesores, Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Autónoma de Bucaramanga

Referencias

1. Superintendencia de Industria y Comercio. Resolución No. 46111 de 30 de Agosto de 2011. Disponible en: <http://www.sic.gov.co/en/>. Consultado Septiembre 27 de 2011.
2. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. La cartera hospitalaria no cede, en el último semestre ascendió a los 3.8 billones de pesos. Disponible en: <http://www.achc.org.co/noticias.php?idnoticia=15> . Consultado Septiembre 27 de 2011.
3. Flórez Pinilla K. La competencia regulada en el sistema de salud colombiano. Rev LEBRET 2010; 2:73-99.
4. Londoño JL, Frenk J. Structural pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. Health Policy 1997; 41:1-36.
5. Banco Mundial. Invertir en salud. Washington, D.C.: Banco Mundial; 1993
6. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud. Periodo 2003-2005. Disponible en: http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/tutela_salud.pdf. Consultado septiembre 21 de 2011
7. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9. Consultado: Septiembre 25 de 2011.
8. Agudelo CA, Cardona J, Ortega J, Robledo R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Ciencia Saúde Colectiva 2011; 16:2817-28.
9. Jaramillo Echeverri LG, Pinilla Zuluaga CA, Duque Hoyos MI, González Duque L. Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales (Colombia). Index Enferm 2004; 13:22-6.
10. Rosen G. De la policía médica a la medicina social. México, Siglo XXI, 1974:79.