

LA CRISIS MUNDIAL DEL SECTOR SALUD Y LA RESPUESTA COLOMBIANA

Luis Evelio Garcia R.
María del C. Vergara
Héctor Fabio Lozano M.*

Anfora

En la última década viene creciendo la preocupación mundial por el tema de la salud, su impacto sobre el desarrollo de las naciones, su financiación y la eficiencia en su funcionamiento.

Es así como las diferentes autoridades económicas del mundo comenzaron a cuestionar los sistemas de financiamiento y el funcionamiento de los sectores de prestación de servicios de salud en todo el orbe por su tendencia inflacionaria, su ineficiencia económica y el poco impacto que la mayoría de ellos lograban sobre el estado de salud de la población.

Otro tópico que se puso en consideración al iniciar el debate en torno a estos temas, fue la gran diferencia de región a región, de país a país, e incluso dentro de las diferentes áreas de un mismo país, en aspectos tales como: el porcentaje del Producto Interno Bruto destinado a los cuidados de la salud, el porcentaje de participación de la salud en el gasto público estatal y el impacto de esos recursos sobre la mortalidad, la morbilidad y otro tipo de indicadores del estado de salud de la población.

Se identificó también el fenómeno que ocurrió en las dos últimas décadas en los países en desarrollo, en cuanto

a la paulatina disminución del gasto público en la denominada «década perdida» de los ochentas, llegando incluso a reducirse la proporción del gasto per cápita en salud en algunas naciones.

Finalmente, plantea el debate mundial en el tema, algunas circunstancias que invitan a la reflexión y al cambio en el modelo de administración del sector.

* Es improbable que en el futuro los gobiernos incrementen o reasignen sus gastos en beneficio del sector salud, aunque ello pueda estar justificado por poderosas razones sociales y aún económicas.

* Los Gobiernos del tercer mundo han ido incorporando a sus cartas constitucionales y a su legislación la concepción de salud como derecho fundamental inalienable para todos los ciudadanos.

* Existe una evidente necesidad de optimizar el manejo de los escasos recursos en actividades de salud costo-efectivas esenciales, a cargo del Estado y propiciar la participación del sector privado en la prestación de otros servicios.

Por dichas razones el sector salud de los países en desarrollo se en-

frenta a una serie de desafíos, tales como:

* Crecer en la oferta de servicios para satisfacer la demanda de sistemas de seguridad social con cobertura universal en salud.

* Alcanzar formas de gestión con alta eficiencia, dentro de un marco presupuestal estrecho.

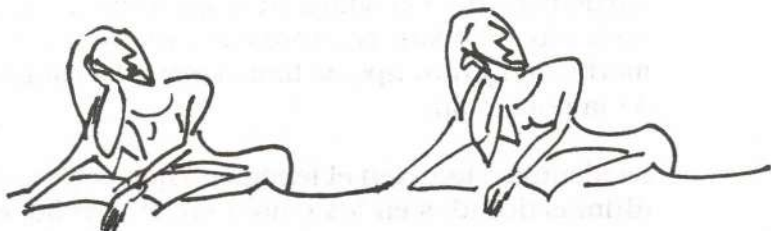
* Afrontar con éxito las dificultades planteadas por la explosión tecnológica, el envejecimiento de la población, la escasez de recurso humano calificado, los cambios en el perfil epidemiológico y el incremento del gasto en remuneraciones originado en la mayor capacitación demandada por el recurso humano del sector.

* Promover altos niveles de calidad técnica, ética y humana en la atención.

* Determinar las necesidades prioritarias de cubrir a través de programas a ser desarrollados por el estado y las tributarias de subsidio, por cuánto sin él, algunos miembros de la población no tendrían acceso.

* Ajustarse a las normas de control estatal en cuanto a acreditación y certificación de las instituciones.

Para obtener una adecuada res-



‘Sólo con estas medidas se logrará alcanzar un nivel aceptable de eficiencia, eficacia, equidad, solidaridad y calidad en la prestación de servicios de salud.’

puesta a estos requerimientos, el sector de prestación de servicios de salud debe ser reformado en su concepción y funcionamiento, especialmente en lo que respecta a los siguientes puntos:

1. Institución de aranceles para los servicios curativos con tarifas diferenciales para amparar a los pobres y reducir subsidios para los ricos.
2. Empleo de los recursos liberados para ampliar servicios eficaces en función del costo.
3. Provisión de cobertura contra riesgos, del tipo seguro universal de salud para que las instituciones hospitalarias puedan instituir tarifas en función de costos reales.
4. Empleo de recursos no gubernamentales, fomentando la competencia y la participación de agentes privados en la provisión de servicios no esenciales.
5. Descentralización efectiva de los servicios de salud.
6. Capacitación del recurso humano y estímulos ligados a la productividad y calificación técnica del personal.

7. Integración de los hospitales en el modelo de sistemas de atención en salud.
8. Desarrollo de sistemas de acreditación y garantía de calidad de los servicios.
9. Instauración de sistemas de financiamiento prospectivo y por resultados.

Sólo con estas medidas se logrará alcanzar un nivel aceptable de eficiencia, eficacia, equidad, solidaridad y calidad en la prestación de servicios de salud.

Colombia no ha sido ajena a esta corriente mundial y regional y ha respondido frente a los retos planteados por los expertos internacionales, con la incorporación en su legislación de la gran mayoría de las recomendaciones mencionadas arriba. Esta respuesta colombiana, se inicia en 1990 con la descentralización teórica de los servicios de salud establecida por la Ley 10 y se viabiliza financieramente con la expedición de la Ley 60 de 1993.

Sin embargo, la mayor carga de medidas de ajuste, innovación y desarrollo del sistema de salud colombiano, se encuentra consignada en la Ley de Reforma a la Seguridad Social en Salud.

Dicha reforma, era una necesidad sentida en nuestro país: la inoperancia, los altos costos, la mala calidad de los servicios y la escasa cobertura del Sistema Nacional de

Salud, así lo predecían. Es así como en 1992 se pone en discusión el proyecto de Ley 155 que propone la reforma; dos periodos legislativos con todas sus vicisitudes, nos entregan en 1993 un conjunto de normas cargadas de contenido económico neoliberal pero con matices vernáculos de solidaridad, conciencia social y equidad.

Esto último es lo que distingue a la reforma colombiana de las realizadas en la última década en otros países en desarrollo, y es allí donde radica la trascendencia del debate que se le dio, el cual permitió soslayar un poco las intenciones puramente económico-mercantilistas del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

Sin embargo, no se puede desconocer la influencia de las teorías económicas y de las corrientes de reforma administrativa y financiera del Estado, en el proceso. Su incidencia se aprecia en el planteamiento del concepto de salud y en algunas de las modificaciones hechas al modelo de prestación de servicios tales como la descentralización y la introducción de mercados competitivos en él.

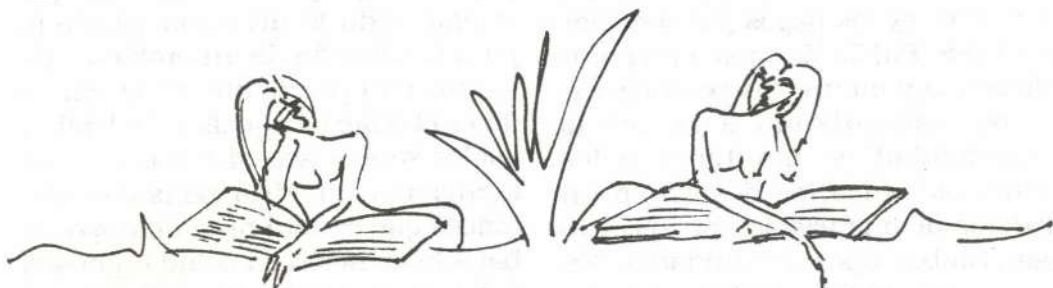
No obstante, la concepción multifactorial y multisectorial de la Salud subyacente, origina el esfuerzo que la Ley 10 de 1990 hace para descentralizar la Salud, haciendo del municipio el centro geográfico, político y financiero del

NUEVO MODELO. Se traslada así el concepto de Sistemas Locales de Salud (SILOS) planteados por la OPS al ámbito colombiano bajo la forma de Sistemas Municipales de Salud.

También caracterizan a ese modelo el privilegio que se le concede a la Prevención y a la Atención Primaria en Salud (entendida como nivel y como estrategia) al otorgarles el 5% del situado fiscal, manejado por el Municipio y la introducción de la participación comunitaria como elemento de concertación con los directos afectados o beneficiados por el sistema.

Posteriormente la Constitución Política de 1991 (Artículo 49), la Ley 60 de 1993 (Artículo 10 y 22) y la Ley 100 de 1993 (Artículo 165 y 22) ratifican los principios enunciados por la Ley 10 y contribuyen al progresivo reordenamiento de la oferta y la demanda de los servicios. Dentro del esquema de libre mercado y visión empresarial de la salud se pasa entonces del NEGOCIO ENFERMEDAD al NEGOCIO SALUD. Es allí donde se reenfochan los servicios clínicos y se definen los servicios esenciales, susceptibles de quedar a cargo del Estado.

Lo enunciado hasta aquí nos evidencia que el énfasis de la reforma fue puesto sobre el sistema de prestación de servicios, pero, indudablemente se tenía clara una concepción de SISTEMA DE SALUD, que articula la interrelación de los



factores que inciden en la Salud de una persona, en forma de entradas (insumos), procesador y salidas (productos), dentro de un proceso dinámico, el cual enmarca al hombre en el contexto social que le proveen su familia y la sociedad en general.

Las condiciones de eficiencia y equidad del sistema parten de la declaración de principios que la Ley mencionaba al principio y se trasladan a toda su reglamentación y estructuración posterior.

Es así como se prevén acciones que propenden la eficiencia, tales como la descentralización ya mencionada, la exigencia de autonomía administrativa que permita una toma de decisiones oportunas a nivel directivo y el énfasis que se hace en la facturación de servicios, contabilidad de costos y control de gestión como herramientas que garanticen un enfoque gerencial moderno en la administración de la IPS y la EPS.

Aunado a lo anterior, las instituciones prestadoras y promotoras de salud deben poseer un sistema de información que apoye la administración interna y el control externo

por parte de los entes encargados de tal misión y establecer un sistema de garantía de calidad, basado en gran parte en la labor de AUDITORIA MEDICA que, como la señala Paganini, son excelentes herramientas para definir estándares de estructura y proceso.

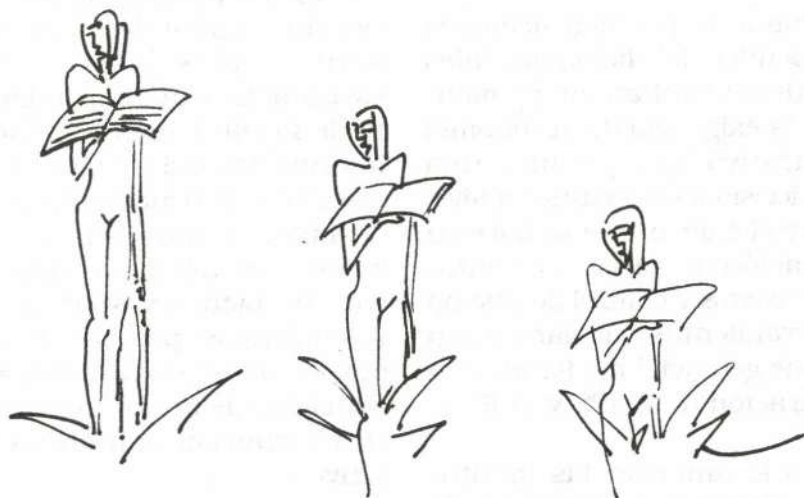
Pero la medida más importante en pro de la eficiencia que trae la Ley es la introducción de competencia en el mercado, a la cual de manera complementaria le añadieron pilares fundamentales para que ella actúe, tales como, la libre escogencia, el actuar independiente de los oferentes y la adecuada información del usuario. Todas estas medidas tienden a perfeccionar de algún modo el mercado de la salud para así lograr una producción de bienes y servicios lo más homogéneos posible, eficiente y cuyos costos sean modulados por aquellos que hagan mejor las cosas en términos cuantitativos y cualitativos.

Manteniendo la intención de conseguir eficiencia, hay que destacar también la manera como se van a

realizar los aportes de dineros a las EPS (UPC) y los pagos por servicios a las IPS (PIDA). En aras a procurar eficiencia y limitar los posibles excesos, estimulando a la vez la rentabilidad de mantener a los usuarios sanos, se desarrolló un sistema de financiación prospectivo para ambos tipos de entidades. En el caso de las EPS, se les trasladarán recursos mediante UNIDADES DE PAGO POR CAPTACION (UPC) definidas como pagos por el riesgo de permanecer sano o enfermo dentro de un grupo de personas, independiente de la cantidad de servicios que se consumen. Para las IPS el pago se hará a través de la figura denominada PAGO INTEGRAL POR DIAGNOSTICOS ASOCIADOS (PIDA) que establece una tarifa única con la cual se

pagará un paquete de servicios que integre toda la atención prestada para la solución de un problema de salud, independiente de la cantidad y el costo de aquellos. Se limitan así los sobrecostos ficticios y/o por ineficiencia. Podría pensarse entonces que se está nivelando «por lo bajo» la atención en salud en busca del menor costo, sin embargo el sistema de garantía de calidad se encargará de que esa búsqueda de menores costos no se traduzca en mala calidad de servicios.

Revisada así «a vuelo de pájaro» estamos convencidos de las bondades de la respuesta colombiana al desafío mundial y de lo que significa ésta para el avance de nuestro sistema de prestación de servicios, no sin comprender sus limitaciones



y dudar metódicamente de su implementación cabal en este país del Sagrado Corazón donde cualquier cosa puede suceder.

Finalmente nos parece que de las medidas mencionadas en la parte inicial, las únicas dónde no existe una política clara de intervención es en las de capacitación de recurso humano del sector e inversión conjunta con el sector privado, pues no se han contemplado en la Ley y en su reglamentación hasta ahora, suficientes mecanismos para controlar la escasez de recursos calificado y menos aún, se vislumbran alianzas estratégicas del sector público con el privado para concurrir armónicamente en la prestación del servicio, puesto que ambos sectores tienen sus dudas acerca de la conveniencia de dichas uniones, ya que el primero considera al segundo mercantilista y este a su vez considera al primero como ineficiente y caótico a ultranza.

REFERENCIAS

1. El financiamiento de los servicios de Salud en los países en desarrollo. «Una agenda para la reforma». BANCO MUNDIAL. Bol. Of. Sanit. Panam. 103(6) 1987.
2. O.P.S. «Análisis de la situación de los Hospitales Públicos en América Latina y el Caribe». 1993.
3. «Servicios Clínicos». Fotocopias de trabajo Redes Especiales de Servicios. Maestría en Administración de Salud. 1995.
4. MARDONES, Francisco José y URIBE, Javier. «La situación de la salud y el contexto». El futuro de los Hospitales Públicos, Documento O. P. S., 1994.

5. MUNAR A., Wolfgang. «El Hospital Público: Una mirada al futuro de la industria hospitalaria». El futuro de los Hospitales Públicos, Documento O. P. S., 1994.
6. Ley 10 de 1990, CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, Bogotá D. E., Enero, 1990.
7. Ley 60 de 1993. CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, Santafé de Bogotá D. C., Agosto 1993.
8. «Reordenamiento y fortalecimiento financiero» en reorganización del Sistema Nacional de Salud, Bogotá D. E., 1990.
9. PAGANINI, José María. «Calidad y eficiencia en hospitales» Bol. Of. Sanit. Panam. 115 (16). Washington D. C., 1993.
10. WHITEHEAD, Margaret. «The concepts and principles of Equity and Health» International Journal of Health Services, 22(3), Pages 429, 445, England, 1992.
11. Ley 100 de 1993. CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Santafé de Bogotá D. C., Diciembre 1993.
12. JARAMILLO P. Iván. «Guía para leer la Ley 10 de 1990». Documento de trabajo, MINSALUD, Bogotá. D. E., 1990.
13. JARAMILLO P. Iván y GONZALEZ S., Edgar. «Análisis comparativo de la Ley 10/90, la Constitución de 1991 y las Leyes 60 y 100 de 1993». Instituto FES de Liderazgo. Santafé de Bogotá, Febrero 1994.
14. LOZANO, Héctor Fabio. «La Seguridad Social en Colombia: Un modelo alternativo de desarrollo?». Maestría en Administración en Salud. Universidad Católica-Pontificia Universidad Javeriana. Manizales, Septiembre 1994.

*Maestría en Administración de Salud, Universidad Católica-Pontificia Universidad Javeriana.