

La calidad en la prestación de los servicios de salud: un imperativo por lograr

Jaime Restrepo C.

Representante a la Cámara. República de Colombia

Restrepo C. J. La calidad en la prestación de los servicios de salud: un imperativo por lograr. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2007; 25(1):78-81

La Ley 1122 del 9 de enero del 2007 es el primer intento sólido de corregir los problemas que se fueron presentando a lo largo de los 13 años de la aplicación de la Ley 100 de 1993. Muchos de esos fenómenos se deben al desarrollo de un modelo que, si bien revolucionó la prestación de servicios de salud en Colombia, no logró resolver todos los problemas existentes. Estábamos acostumbrados a hospitales que se financiaban con colectas públicas y donaciones de filántropos y a profesionales de la salud que ejercían un trabajo liberal; por eso la transición hacia centros asistenciales que debían facturar todos y cada uno de los servicios, para lograr equilibrios financieros y permanecer en los mercados, y a médicos que debían acostumbrarse a regatear la prestación de sus servicios con todo tipo de empresas de la salud se convirtió en un cambio bastante difícil, en lo que se ha denominado la mercantilización de la salud.

La Ley 100 creó dos nuevos regímenes: el contributivo y el subsidiado, y en medio de ellos surgió el de vinculados: el primero, financiado por las empresas y los usuarios; el segundo, por los aportes de solidaridad de quienes pueden pagar la atención, por supuesto con el apoyo del Estado, que destina buena parte de los recursos, y el otro, el de los vinculados, como un sector intermedio que no puede pagar los servicios de salud, ni alcanza a ser, la mayoría de las veces, socorrido por los recursos oficiales.

Para establecer las prioridades de la población más pobre, se estableció un sistema de beneficiarios, el Sisbén, que permite, con base en el diagnóstico de las condiciones socioeconómicas de la población, determinar qué personas requieren del subsidio en la atención. Se clasifican en tres niveles, según sean más o menos pobres, y son susceptibles de recibir los beneficios del llamado régimen subsidiado en salud. Los niveles 1 y 2 reciben un subsidio total por su situación de extrema de pobreza y el nivel 3, uno parcial, debido a que poseen

alguna capacidad. El Sisbén ha sido manipulado, en no pocas ocasiones, por efecto de la politiquería o por la presión de grupos al margen de la ley.

La Ley 100 ha logrado resultados muy positivos para el país en temas como la cobertura y la recuperación económica de muchas instituciones de salud que han logrado adaptarse a la nueva situación, y ha incorporado en la legislación el elemento de solidaridad como un ejemplo digno de reconocimiento. Hoy en día, alrededor de 34 millones de colombianos están afiliados al sistema, 18,5 millones en el régimen subsidiado y 15,5 millones en el régimen contributivo. Quedan entonces 8 millones más de esa población de vinculados que hoy en día no reciben una prestación aceptable y, muchas veces, ni siquiera tienen acceso a algún tipo de servicio. Además, el gobierno ha sometido a planes de reestructuración 127 hospitales a punto del cierre, logrando su recuperación, y el Sisbén, como modelo de clasificación socioeconómica, ha llegado a cubrir los 1.099 municipios del país.

Sin embargo, todavía existen problemas graves en la atención que requieren corregirse. Falta lograr la cobertura total, ideal necesario para la equidad social. Se necesita con urgencia el mejoramiento de la calidad, la oportunidad en el servicio y la eficiencia en la administración del sistema. Se han favorecido los intereses económicos de algunos sectores sobre el interés general de la salud de la población. Un aspecto central, como es el de la promoción de la salud y la prevención de muchas enfermedades susceptibles de control, se ha desvanecido, sin que exista un interés prioritario en ahorrar sufrimiento y costos a los pacientes. No existe un claro sistema de información en salud que permita diseñar políticas coherentes de atención. Los profesionales de la salud han visto cómo se pierde la relación médico-paciente, cómo se afecta la ética profesional y cómo se reduce la dignidad en el ejercicio de su labor. Se aprecian

corrupción, desviación de recursos e incumplimiento de las obligaciones, sin que exista un buen sistema de inspección, vigilancia y control, y como si fuera poco, el sistema de regulación encomendado al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) fracasó en medio de los conflictos de intereses.

El estudio de la Ley, durante varios años, señala como uno de los principales problemas el de la falta de adecuada administración y regulación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, pues este organismo, demasiado grande y en el que había representación del gobierno, las entidades promotoras de salud (EPS), las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), los usuarios y otras organizaciones no logró convertirse en un verdadero organismo de concertación, sino que, al contrario, se tornó inoperante por la colisión de intereses existentes en su seno. Defendió durante su existencia más los intereses particulares que los intereses generales de la población colombiana, y en él prevaleció siempre la posición dominante de las EPS o la preeminencia del Ministerio de la Protección Social.

Algunos estudios opinan que los recursos para la financiación de la salud en Colombia son suficientes, pero que, en buena medida, estos no alcanzan porque muchos de ellos se desvían de su objetivo o hay corrupción o se diluyen por la falta de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades susceptibles de control, sin embargo, la nueva ley aumenta sustancialmente dichos recursos, buscando la cobertura universal para el año 2010 y el mejoramiento de la calidad.

Pero no son los únicos problemas, por supuesto. Colombia, con la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, ha sido pionera de la enseñanza de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades susceptibles de control. Sus enseñanzas han sido fundamentales en los sistemas de salud de muchos países de América latina, y sin embargo, en nuestro propio país se han desdeñado esos conocimientos, razón por la cual las enfermedades controlables aparecen en exceso y han crecido en los últimos años —como sería el caso del paludismo, el dengue o el sida—, la morbilidad y la mortalidad son muy altas y los costos del sistema se hacen demasiado elevados. Volver a un modelo que privilegie la promoción y la prevención será indudablemente un avance en la nueva prestación de servicios de salud y ahorraría costos que se pueden emplear en la universalización de la atención y en el mejoramiento de la calidad.

Se hacía necesario un sistema nacional de información en salud y el Ministerio de la Protección Social lo viene desarrollando, de tal manera que ahora será posible que las entidades de administración, regulación y control tengan los elementos necesarios para que se diseñen las políticas y las estrategias indispensables para lograr una mejor capacidad de control de enfermedades

inmunoprevenibles, de enfermedades transmitidas por vectores, de enfermedades que aparecen por la falta de hábitos saludables y de aquellas que puedan ser detectadas precozmente para lograr con ellas un mayor beneficio, tanto en calidad de vida como en disminución de costos.

La inspección, vigilancia y control sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud necesitaba de herramientas que permitieran controlar la corrupción y obligar a las instituciones de aseguramiento y a las entidades prestadoras de servicios de salud a ofrecer una buena atención con oportunidad, eficiencia y eficacia, sancionando a los responsables de la mala atención, al incumplimiento de la ley y a las presiones indebidas sobre los profesionales de la salud.

La ley 1122 del 9 de enero del 2007, por medio de la cual se hacen algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, tiene como objetivos la universalización de la atención y el mejoramiento de la prestación de servicios de salud y propende por una evaluación con base en indicadores de gestión y resultados que establezcan convenios de cumplimiento que, de no llevarse a efecto, permitirán establecer sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (capítulos I y II).

En la nueva ley se crea la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como unidad administrativa, con personería jurídica y autonomía técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social. Está integrada por los ministros de hacienda y de protección social y cinco expertos con características profesionales especiales que tienen un régimen de inhabilidades e incompatibilidades y son seleccionados por concursos de méritos, los cuales trabajarán de tiempo completo durante periodos de tres años. Sus funciones serán de regulación e incluyen la definición de la unidad de pago por capitación (UPC), el Plan Obligatorio de Salud (POS), el establecimiento de tarifas, el listado de medicamentos esenciales y genéricos del plan de beneficios, la asignación de cuotas moderadoras, el reconocimiento y pago de incapacidades y las licencias de maternidad y la recomendación de proyectos de ley o de decretos reglamentarios, entre otras (capítulo II).

En relación con la búsqueda de la universalidad, la ley establece un 0,5% más de aporte proveniente de los empleadores y un aumento del porcentaje de solidaridad al 1,5%. Además, obliga a que, conforme a la Ley 797 del 2003, a partir del año 2008, un 0,5% del aporte a pensiones sea entregado a la salud. El régimen subsidiado recibirá aportes del Sistema General de Participación, de los juegos de suerte y azar, de los recursos transferidos por Etesa, de las rentas cedidas destinadas a salud y de los recursos propios de entidades territoriales. También el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) se fortalece al recibir 1,5% de las cotizaciones

de los regímenes contributivo, de regímenes especiales y de excepción y aportes del gobierno nacional, las cajas de compensación, los rendimientos financieros, impuestos a la rentas de la producción de la industria petrolera, entre otros.

La ley garantiza, para proteger a los hospitales y los prestadores de servicios, el pago de las deudas del régimen subsidiado y protege el flujo de los recursos mediante el establecimiento de cuentas maestras. Los pagos a las EPS de las entidades territoriales se harán por semestre anticipado y aquellas, a su vez, harán pagos del 100% por mes anticipado en contratos de capitación y del 50% a los cinco días de la facturación en los pagos por evento, pago que debe completarse a los 30 días si no existen glosas a las facturas. Además, las glosas deberán resolverse en tiempos no mayores a los 60 días y, si hay demoras en los pagos, estas se sancionan al establecer intereses de mora a la tasa legal vigente (capítulo III).

En relación con el sistema de aseguramiento, la responsabilidad recae en las entidades promotoras de salud (EPS), que lo serán de cada régimen, tanto el contributivo como el subsidiado. El subsidio total será para los niveles 1 y 2 y el nivel 3 podrá tener subsidios parciales que no serán inferiores al 50%. De igual modo, en las EPS recae la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades y el nivel 1 del Sisbén no tendrá copagos ni cuotas moderadoras. Los periodos mínimos de cotización y de carencia no serán superiores a 26 semanas en el régimen contributivo y a los afiliados se les contabilizará el tiempo de afiliación a cualquiera de los regímenes. Además, los desplazados por la violencia tendrán un carné único nacional que les facilite la atención en cualquier parte del país. En caso de tutelas por atenciones no contempladas en el POS, las EPS deberán cubrir el 50% del valor, con lo cual se evita, por lo menos en parte, el uso innecesario de este recurso constitucional.

En el caso de la integración vertical, la ley definió que las EPS no podrán contratar en forma directa o a través de terceros sino hasta un 30% con sus propias IPS. Las EPS del régimen subsidiado contratarán un mínimo del 60% con las empresas sociales del Estado (ESE). Estas últimas y EPS del régimen contributivo, de naturaleza pública, deberán contratar también 60% con la ESE escindida del actual Instituto de los seguros sociales (ISS). Esto, siempre y cuando se cumpla con los indicadores de gestión en calidad y resultados y exista capacidad resolutoria.

La ley también garantiza la atención a la población pobre no asegurada en lo no cubierto por subsidios a la demanda, mediante contratación de las entidades territoriales con empresas sociales del estado (ESE). De igual manera, se garantiza la atención de las urgencias en cualquier institución prestadora de servicios (IPS) del país, y el incumplimiento de esta obligación lo sancionará la Superintendencia Nacional de Salud con multas hasta de 2.000 salarios mínimos legales vigentes (capítulo IV).

El Ministerio de la Protección Social definirá los requisitos y procedimientos necesarios para la habilitación de nuevas IPS, evitará las selecciones adversas y de riesgo por parte de las EPS y de los entes territoriales y establecerá los mecanismos para la garantía de la calidad. Asimismo, establecerá los mecanismos para que los afiliados escojan la IPS, cuestión que será vigilada por la superintendencia. También reglamentará la creación, transformación, categorización, organización y operación de la EPS y los mecanismos para la conformación y funcionamiento de las juntas directivas (capítulo V).

En relación con el tema de salud pública, el gobierno definirá un plan para cada cuatrienio, expresado en el Plan Nacional de Desarrollo. Allí deberá quedar establecido el perfil epidemiológico del país, los factores de riesgo, la prevalencia de enfermedades y los programas de vacunación, salud sexual y reproductiva y salud mental y drogadicción, entre otros. Además, se deberán promover los cambios en estilos de vida para hacerlos más saludables y se abordarán las metas de salubridad, las prioridades en salud, los modelos de atención, las actividades colectivas y los protocolos de atención (capítulo VI).

De igual modo, las EPS y las entidades territoriales deberán presentar un plan operativo de salud pública. El Instituto Nacional de Salud (INS) implementará un plan de vigilancia y control y realizará los estudios necesarios para alimentar con información al Ministerio de la Protección Social. A su vez, el Instituto Nacional de Vigilancia y Control de Medicamentos (Invima) expedirá las reglamentaciones necesarias para el control de medicamentos y de alimentos, así como de las materias primas para su fabricación y las tecnologías de señalización e identificación en las cadenas de distribución, con el objeto de evitar adulteración, falsificación, vencimiento y contrabando (capítulo VI).

En el tema de la inspección, vigilancia y control, se le dan a la Superintendencia Nacional de Salud las herramientas necesarias para que pueda intervenir con éxito en temas como la desviación de recursos, su inoportuna entrega, la corrupción, el mejoramiento de la calidad, la prestación oportuna de servicios, la indebida presión sobre los profesionales de la salud y, en general, el incumplimiento de las obligaciones de ley y que se pueda sancionar a los responsables.

La superintendencia hará entonces intervención forzosa para administrar o liquidar entidades como EPS, IPS o direcciones territoriales de salud, vigilará la adecuada información del sistema, actuará como conciliadora en los conflictos, vigilará los recursos del Fosyga, tendrá funciones jurisdiccionales en relación con coberturas e intervenciones en el Plan Obligatorio de Salud, el reconocimiento económico de los gastos de los afiliados en caso de urgencias y los conflictos de multiafiliación y de libre elección y movilidad.

Existirá también un defensor del usuario que dependerá de la Superintendencia Nacional de Salud y trabajará en coordinación con la Defensoría del Pueblo. Será un vocero de los afiliados y tendrá una cuenta especial para su sostenimiento (capítulo VII).

Por último, la ley tiene unas disposiciones finales en el capítulo VIII sobre la disposición de recursos de excedentes en la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito (Ecat). De ella se utilizarán, por una sola vez, 150.000 millones de pesos para distribuir entre las entidades territoriales y la red pública hospitalaria. También en la parte final se define la implementación del sistema nacional de información que tiene que ver con la vigilancia epidemiológica para que sirva en la toma de decisiones del Ministerio, la CRES, el CNSSS y las entidades territoriales.

Conclusiones

Estamos frente a unas importantes modificaciones de la Ley 100 de 1993, contempladas en la Ley 1122 del 9

de enero de 2007. Estoy firmemente convencido de que esta nueva ley traerá cambios muy positivos al régimen de salud. Esperemos que se conozca lo suficiente para que los ciudadanos puedan defender sus derechos, los profesionales de la salud recuperen la dignidad, la calidad en la prestación de los servicios mejore y que se logre la universalización completa.

La nueva ley establece un sistema de regulación diferente a través de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), introduce la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades como elemento clave del sistema, le da herramientas a la Superintendencia Nacional de Salud para controlar los desmanes, crea la figura de defensor del usuario, implementa el sistema nacional de información en salud, mejora la financiación, busca la cobertura total en el 2010, facilita a los hospitales y a las IPS un mejor flujo de recursos, mejora la movilidad en el sistema y establece indicadores de calidad. Todos estos elementos auspician un mejoramiento en la calidad de vida de los colombianos; luchemos para que se aplique correctamente.