

Sobre la reforma a la salud

Este documento resume de manera breve las principales preocupaciones sobre lo que se conoce de la reforma a la salud.

Diagnóstico

Todo esfuerzo reformista debe empezar por un diagnóstico, por un análisis de lo que funciona y no funciona, por una evaluación de las capacidades instaladas (nunca se comienza de cero) y las heterogéneas realidades territoriales.

Eso no ha ocurrido con la reforma a la salud que ahora se propone. El diagnóstico no es claro. Pareciera insinuar que todos, o la mayoría de los problemas se originan en la administración (privada o no pública) del sistema. Como si eliminar las EPS fuera una solución a los problemas de insostenibilidad financiera, corrupción y desigualdades territoriales.

No es así. Los problemas financieros existen en todos los sistemas de salud. Los sistemas públicos europeos están al borde de la quiebra. El subsistema colombiano del magisterio (que no tiene EPS) enfrenta también grandes dificultades financieras y tiene, en comparación con el Régimen Contributivo, tres veces más quejas por 1.000 afiliados. Lo mismo ocurre con el subsistema de las fuerzas armadas.

La experiencia de Colombia con pagadores únicos públicos ha sido desastrosa. Lo fue con la llamada libre adscripción del Seguro Social en 1996, lo fue con los recobros directos del Fosyga por la atención a la población desplazada en 2001, lo fue durante la década pasada con los pagos de las secretarías de salud por los servicios No Pos del Régimen Subsidiado. El país recuerda los carteles de la hemofilia, el VIH, enfermos siquiátricos, etc. Todo esto podría repetirse a una mayor escala con la actual propuesta de reforma.

Las inequidades regionales, que se repiten en otros sectores como la educación y el agua potable, tienen que ver más con problemas de la descentralización que con los mismos problemas del sistema de salud. Los

problemas de los hospitales públicos, por ejemplo, no se resolverán cambiando el pagador o los mecanismos de pago. Podrían incluso agravarse.

Las brechas en resultados en salud entre regiones y entre zonas rurales y urbanas son reales y preocupantes. Deben corregirse. Pero la reforma propuesta plantea una estrategia extraña: destruir lo que funciona en las ciudades para supuestamente arreglar lo que no funciona en las zonas rurales. En lugar de tratar de adaptar una estrategia de atención primaria al sistema, la reforma trata de adaptar todo el sistema a una estrategia de atención primaria. Una lógica extraña.

Hay mucho que conservar del sistema actual. Casi todos los hogares colombianos están protegidos financieramente: una enfermedad no implica una quiebra familiar, ni obliga a la liquidación de activos. Un puñado de hospitales del país están entre los mejores de la región. Los sistemas de información se han sofisticado como resultado de décadas de trabajo. El manejo de muchas enfermedades crónicas es ejemplar. En los mejores hospitales privados se atienden personas de todos los orígenes socioeconómicos. En fin, el sistema actual es producto de treinta años de innovación y trabajo colectivo. Destruirlo sería un suicidio.

La reforma propuesta es sencilla. Propone un pagador único, la ADRES, que es hoy una tesorería y se convertiría en una gran EPS pública. Propone al mismo tiempo un conjunto de centros de atención primaria como puerta de entrada al sistema que coordinarían la atención y el despliegue de equipos territoriales. Propone finalmente unas redes integradas de salud para la atención de mediana y alta complejidad. Los detalles no se conocen, pero, desde ya, surgen algunas preguntas sobre tres temas: ¿Qué va a pasar con los pacientes? ¿Cómo va a ser el flujo de recursos? Y ¿Cómo será el manejo de la transición? Hay todavía muchas dudas al respecto.

Pacientes

La ruta de atención no es clara. El sistema planteado es, por diseño, fragmentado: parte de una división entre la atención primaria y la de mayor complejidad. Además, no contempla una respuesta precisa para una serie de

actividades esenciales. Hoy las EPS tienen diez veces más centros de atención primaria que los propuestos en la reforma, ¿Qué va a pasar entonces? ¿No tendríamos en el esquema muchas más colas y problemas de atención? ¿Quién va a coordinar el traslado de los pacientes? La sola Nueva EPS hace 800.000 transportes terrestres al año, y miles de transportes aéreos.

Hay más preguntas. ¿Quién va a coordinar la atención domiciliaria, las enfermeras en casa y la entrega de miles de balas de oxígeno? ¿Quién va a encargarse de la gestión farmacéutica, de la coordinación para la entrega de medicamentos, de los sistemas de información y de la negociación con la industria? ¿Quién va a hacer la gestión de riesgo? Por ejemplo, el control de pacientes con enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, etc.). ¿Quién va a liquidar y a auditar las prestaciones económicas, las licencias de maternidad y las incapacidades por enfermedad general? Sin controles el fraude puede ser inmenso.

Las EPS tienen decenas de miles de personas empleadas para estas tareas. Con la reforma no se sabe quién va a asumirlas. ¿Pasarán los 110.000 empleados de las EPS a ser funcionarios públicos? ¿Quedarán los pacientes a la deriva? No hay respuestas para esas preguntas.

Recursos

Resulta importante de entrada diferenciar entre el giro directo y la ordenación del gasto. ADRES hace hoy lo primero. Para lo segundo carece de capacidades. La reforma ignora este punto esencial. Surgen de nuevo muchas preguntas.

¿Quién va a realizar el control de gastos? ¿La auditoría de cientos de millones de facturas? Suponer, como en la propuesta actual, que con un sistema de información que no existe y tres mil personas desde Bogotá se va a hacer esta tarea, es ilusorio. Sin control del gasto, la quiebra del sistema será inevitable y acelerada. ¿Quién va a encargarse del control del recaudo de las contribuciones? Suponer que la UGPP puede hacerlo, es también ilusorio.

En el esquema propuesto, que no define el control de gasto y del recaudo, el impacto fiscal sería enorme. El gasto se multiplicaría y el recaudo podría caer

de manera sustancial. Esta contingencia fiscal podría poner en riesgo la sostenibilidad fiscal del país.

Transición

Sobre la transición también hay muchas preguntas sin respuestas. ¿Cuánto tiempo va a tomar el empadronamiento de toda la población? La depuración de las bases de datos que manejan las EPS ha tomado décadas. ¿Cuánto tiempo va a tardar (y con qué gente se va a llevar a cabo) un tarifario único que sería, según se propone, la base para los pagos de ADRES? ¿Cuánto tiempo tardaría la puesta en marcha, desde cero, de un sistema de información centralizado, sin una reflexión sobre cómo transferir capacidades? ¿Quién y cómo se van a transferir las deudas existentes?

La transición tomaría décadas y la reforma parece subestimar la complejidad del proceso. Además, la transición se está anticipando: el sistema financiero les está cerrando las puertas a las EPS (pues ya las van a liquidar), algunos prestadores están exigiendo anticipos para procedimientos de alta complejidad y la industria farmacéutica mantiene los inventarios a raya, incluso hay desabastecimiento. La crisis parece crecer día a día.

Reforma

Una reforma a la salud es necesaria. Los sistemas de seguridad social deben reformarse de manera permanente. Existen consensos, más o menos definitivos, sobre la necesidad de una mayor inversión en salud pública, de un mayor énfasis en la atención primaria, de una reivindicación del talento humano, de una implementación de modelos diferenciales o de una mayor transparencia en las transacciones que implicaría, por ejemplo, la eliminación de la integración vertical. Pero sin un diagnóstico claro ni una respuesta a las preguntas planteadas la reforma propuesta puede hacer daño. Mucho daño. Lo que iría en contra del principio de siempre para quienes se ocupan de la salud de la gente: ante todo no hacer daño.