

LOS ASPECTOS CRÍTICOS DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA.

Luis Alberto Tafur*

El gobierno nacional presentó al Congreso de la República una propuesta de reforma al Sistema de Salud en el proyecto de ley 339 de 2023(1) Los temas propuestos de reforma se relacionan con el modelo de aseguramiento con financiación adecuada del sistema y manejo de recursos públicos por las aseguradoras, la Atención Primaria de Salud y su aplicación en las zonas rurales dispersas y en las marginales de las grandes ciudades, la prohibición de la integración vertical de las aseguradoras con los prestadores, la disminución de las barreras de acceso para lograr la atención de la enfermedad, así como asignación de recursos para la atención primaria además de lo requerido para la atención de las enfermedades en todos los niveles de atención y el cambio en la forma de contratación y remuneración del talento humano.

A continuación, se hace una revisión breve de estos aspectos con el fin de aportar a la discusión de las propuestas de reforma.

1. Financiación del Sistema.

El sistema se financia con fuentes de parafiscales (aportes y cotizaciones en el régimen contributivo), presupuesto nacional, sistema general de participaciones, rentas cedidas, contribución de las Cajas de Compensación Familiar, impuestos a las armas en el Régimen Subsidiado y primas del SOAT para atención de los siniestros originados por accidentes de tránsito y eventos catastróficos. Los recursos son administrados por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) creada por el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015(2) que reemplazó al FOSYGA. El listado de procedimientos, actividades y servicios a los cuales tienen derecho los afiliados al sistema están definidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y su atención se financia con la Unidad de Pago por Capitación (UPC). La administración de los seguros del riesgo financiero de enfermar está delegada en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB, antes EPS) del régimen contributivo, o Entidades Obligadas a Compensar (EOC) y en las del Régimen Subsidiado (EPS-S), que pueden ser públicas o privadas.

En relación con el riesgo financiero, esto es el destinar recursos para la atención de eventos de enfermedad, lo cubre el sistema y el gasto total en salud supera el 7,7 % del PIB en 2019 según el Banco Mundial (3) con una clara distribución con principio de equidad. La UPC,

** Médico, Especialista en Salud Pública. Experto en el sistema de salud colombiano.*

valor que reconoce el sistema por cada persona afiliada se calcula con base en información suministrada por las EAPB correspondiente a los gastos efectuados en atención de enfermedad, población atendida, y otras variables. Desde el inicio del sistema, los cálculos de la UPC no han tenido una base de información confiable y han estado afectados por factores políticos en los distintos gobiernos. El Gasto de Bolsillo en Salud (GBS) es la cantidad de dinero que los miembros de un hogar gastan cuando utilizan servicios de salud o adquieren algún medicamento u otro tipo de bien para el cuidado de la salud. Este indicador muestra una disminución progresiva a medida que aumentó el porcentaje de afiliación al sistema, estimándose en 15.6% del gasto total en salud que deben hacer los hogares para 2021(4). Los mayores costos en las EAPB se asocian con la inclusión de nuevas tecnologías, el envejecimiento de la población y el aumento de las frecuencias de uso, así como del desbalance de la distribución de la carga de enfermedad, que afecta principalmente a las EAPB de mejor desempeño. Del año 2010 al año 2017 ingresaron 510 nuevas tecnologías, según el informe de Gestión de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social (5). La UPC que reconoce el sistema en ambos regímenes es insuficiente para el pago de los gastos originados en la atención de enfermedad con mayor gasto en el nivel de alta complejidad. Según información de ACEMI, la ejecución presupuestal del año 2022 de varias aseguradoras muestra un gasto del 102% de la UPC en la atención de la enfermedad. Se requiere que el cálculo de la UPC se realice con un estudio actuarial que tenga en cuenta datos actualizados que incorporen los cambios demográficos, los avances tecnológicos y la prevalencia de las patologías en el país, así como la carga de enfermedad por EAPB. La ADRES paga mes anticipado el valor correspondiente al proceso de compensación de cada EAPB del Régimen Contributivo y realiza pago directo a los prestadores del Régimen Subsidiado. Si el pago no es oportuno, las aseguradoras entran en mora con los prestadores.

El sistema tiene otros gastos originados por todas las actividades, procedimientos e intervenciones excluidos del Plan de Beneficios en Salud (PBS) que los debe pagar el paciente o, si son especiales y necesarios para el paciente, el médico los indica o realiza mediante el proceso MIPRES o por órdenes judiciales a través de tutelas. El gobierno nacional debe reconocer estos gastos y lo hace a través de los denominados Presupuestos máximos (6,7) (Ley 1955 de 2019. Artículo 240, Resolución Minsalud 205 de 2020). Mensualmente el gobierno debe girar una partida definida previamente, según la distribución de la carga de enfermedad por EAPB. Si una EAPB se excede en el gasto, el gobierno debe cancelar la diferencia. Según ACEMI, las EAPB no han recibido el pago mensual correspondiente a los meses de junio, julio y agosto de 2023 y les adeudan los excesos sobre los presupuestos máximos correspondientes a los años 2022 y 2023. En el Régimen Contributivo el sistema paga las licencias de maternidad y paternidad y las incapacidades por enfermedad general. Las EAPB las paga y la ADRES devuelve lo pagado. Como consecuencia de la pandemia originada por el COVID19, las EAPB realizaron gastos por fuera de lo contemplado en lo reconocido con cargo a la UPC, gastos que el gobierno nacional debe reconocer a las aseguradoras y que aún no ha cancelado. Adicionalmente, la ADRES debe destinar recursos para el pago de eventos catastróficos y accidentes de tránsito. Estos últimos se financian principalmente con los recursos procedentes del pago del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que debe pagar todo propietario de vehículo automotor en el país. La disminución del valor de la prima del SOAT decidida por el gobierno del presidente Petro ha desfinanciado el Fondo de Seguros de Accidentes de Tránsito. Este seguro fue creado en por la Ley 33 de 1986 y lo incorporó al Código Nacional de Tránsito Terrestre como un requisito para todo vehículo automotor que transite por las vías del territorio nacional. Después de reglamentar las condiciones de operación del SOAT, se determinó que este seguro empezaría a operar en el país el 1° de abril de 1988(8). Los objetivos del SOAT en Colombia son los siguientes: cubrir los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, hospitalarios, incapacidad permanente, gastos funerarios y de transporte de las víctimas de accidentes de tránsito; atender a todas las víctimas de estos accidentes, incluyendo al conductor del vehículo involucrado y a los lesionados que resulten de accidentes donde el vehículo en cuestión no estaba asegurado o no fue identificado, y, contribuir al fortalecimiento de la infraestructura de urgencias del sistema nacional de salud. La Ley 100 de 1993, adhirió el Fondo de Seguros de Accidentes de Tránsito (Fonsat) a la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y se estableció una contribución adicional equivalente al

50% del valor de la prima anual establecida para el SOAT (8), con el fin de cubrir los gastos originados por la atención de las víctimas de accidentes de tránsito originados por vehículos no asegurados o no identificados. Actualmente se evidencia mucha evasión del pago de este seguro y múltiples formas de cobrar servicios no prestados, formas asociadas a procesos de corrupción en los prestadores de servicios de salud. El gobierno nacional ha manifestado la intención de revisar el diseño de este seguro basado en el incremento en reclamos por servicios prestados a víctimas de accidentes comunes, gasto de servicios no requeridos hasta agotar la cobertura por los prestadores y trasladar posteriormente al paciente para que el sistema lo atienda con cargo a la UPC.

El aseguramiento en salud está dirigido a cubrir el riesgo financiero para el afiliado del pago de las atenciones de las enfermedades que sufra mientras esté en el sistema. El gasto de las aseguradoras se relaciona con el pago de los servicios de atención a los pacientes con autorización de uso de los servicios o de los atendidos por urgencias además de los gastos administrativos requeridos para el proceso de prestación de servicios como son las autorizaciones, auditorías, contratación, etc. Estos procesos corresponden a la Gestión de Riesgo Operativo que se relaciona con la administración de la atención de los afiliados estableciendo canales de atención, sistemas de información, referencia y contra referencia entre niveles de complejidad de atención, suministro de medicamentos, etc. Teóricamente, el sistema reconoce a las EAPB 90% de la UPC para el gasto de salud, 8% para administración y 2% para utilidades. El gasto en salud supera estos valores y la gestión de riesgo operativo, si es eficiente, puede disminuir el valor del 8%. Las EAPB que no tienen un modelo administrativo eficiente pueden gastar mucho más lo cual se refleja en sus resultados financieros. El PL 339 no contempla la definición del Plan de Beneficios.

Los servicios se pagan a los prestadores según tarifas acordadas entre el asegurador y el prestador. Las tarifas son variables según el asegurador, existiendo múltiples formas de contratación y pago. El pago por evento es la modalidad preferida por los prestadores, inductora de demanda, con precios resultantes de la relación prestador asegurador, volumen de pacientes, localización geográfica del prestador, competencia local entre otros factores determinantes del precio. Las aseguradoras que no tienen respaldo financiero se ven obligadas a adquirir los suministros (medicamentos e insumos) sin descuentos por no tener capacidad de pronto pago. Cuando la aseguradora tiene respaldo financiero y un modelo de atención definido utiliza otras modalidades de contratación con los prestadores como son los pagos prospectivos, pagos por protocolos, etc., disminuyen costos de la atención y van acompañados de procesos de calidad reflejados en los resultados obtenidos en la salud de los pacientes. Esta opción está asociada a la capacidad financiera y de administración de la aseguradora. En las aseguradoras liquidadas se ha observado corrupción, falta de recursos de capital, múltiples tutelas por negación de servicios y no pago a los prestadores. Si el cálculo de la UPC no tiene en cuenta las variables ya anotadas, es probable que el déficit en las aseguradoras se incremente cada año y se origine una espiral de deudas de difícil cobro para los prestadores, siendo los más perjudicados los pequeños al no tener capacidad financiera. Las deudas por concepto de los denominados anteriormente como recobros, ahora presupuestos máximos, así como lo adeudado por atención COVID 19, debe ser financiado por el gobierno nacional si su decisión es hacer viable el sistema.

2. Aseguramiento.

La Ley 1122 de 2007(9) definió aseguramiento en salud como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Las EAPB en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento.

El proyecto de Ley 339 enfatiza en el cambio del manejo de los recursos de aseguramiento, riesgo financiero, pasándolo a la ADRES como único pagador y convirtiendo las aseguradoras en Gestoras de Salud y Vida con funciones de auditoría concurrente y posterior de las facturas para posterior pago por giro

directo de la ADRES. En el sistema actual, las EAPB seleccionan independientemente los prestadores de su red y se ha observado una posición dominante con su propia red, superando el límite establecido de integración vertical del 30% establecido por la Ley 1122 de 2007(9). En el Régimen Subsidiado, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 133 de 2010 (10) la ADRES hace giro directo a los proveedores de servicios que ha contratado la EPS. El pago lo hace con base en lo indicado por la respectiva EPS lo cual determina que la ADRES funciona como un pagador sin decisión a quien ni cuanto le paga. El control del gasto que realizan las aseguradoras lo hacen indirectamente con las autorizaciones de los procedimientos y actividades requeridas para la atención de la enfermedad. En el PL estas se trasladan al médico, basándose en la autonomía médica y en la autorregulación. El control de los excesos en el proceso de atención de la enfermedad se convertiría en control posterior sobre las facturas, con la consiguiente falta de interés de las Gestoras de realizar control ya que no impacta sus estados financieros al recibir un pago por la contratación y auditoría. En el PL 339 no está claro que entidad contrata a los prestadores. Si este rol se le entrega a las Gestoras lo harían sin responsabilidad en el control de las frecuencias de uso lo cual puede originar un incremento desmedido de la demanda de servicios y por consiguiente una insuficiencia de recursos. El principal argumento contra el manejo de los recursos del sistema por las aseguradoras es que se trata de recursos públicos que no deben manejarse por entidades privadas. El pago directo a los prestadores de servicios de salud y proveedores del sistema por la ADRES es la alternativa aceptada. Sin embargo, el proceso de contratación que incluye selección de prestadores, condiciones de contratación para la prestación de los servicios (tipo de servicio, localización, especialidad, etc) modalidades de pago (evento, capitación, presupuestos, etc) determina que exista un proceso que fije precios según tarifas definidas, exigencias de facturación, compromisos de auditoría de la facturación y fechas de pago. Si la ADRES como entidad pública, es la responsable de este proceso, requerirá una transformación que incluye agencias regionales, sistema de información similar al que tiene el sistema financiero, adquisición de hardware y software, vinculación de talento humano y establecimiento de procesos que requieren de un tiempo no inferior a los 4 años. Otra opción son las entidades territoriales de salud que podrían realizar el proceso de selección de prestadores de acuerdo con las RIIS aprobadas para su territorio. Esta opción está afectada por la influencia de los partidos políticos y los alcaldes y gobernadores en la selección de los funcionarios de las secretarías o direcciones de salud territoriales, muchos de ellos sin capacidad técnica lo cual llevaría a establecer nuevamente un proceso de corrupción en el proceso. En el Sistema de Salud existen los denominados Regímenes Especiales (Universidades Públicas y Ecopetrol) y los de Excepción (Magisterio, Fuerzas militares y de Policía), los cuales tienen financiación diferente, con recursos y reglamentos propios. En el PL 339 no se incluye ninguna modificación.

El riesgo en salud está asociado a actividades preventivas, rutas de atención de patologías definidas, programas especializados de atención de patologías crónicas o raras, buscando mejor calidad en la atención, disminución de la morbimortalidad y la incapacidad además del gasto. Los indicadores de resultados de la atención muestran mejoría de la mayoría de ellos al revisar los datos y tendencias desde la iniciación del Sistema de Salud bajo el modelo creado por la Ley 100 de 1993. La expectativa de vida al nacer ha aumentado en 18 años (68 en 2000 a 77 en 2021), la mortalidad evitable ha disminuido (389 en 2001 a 237 muertes por 100.000 en 2021) (11).

A nivel nacional la tasa de incidencia de sífilis congénita presentó un comportamiento decreciente desde el 2010 hasta el 2015(11). En este último año se presentó la tasa más baja (1.05); sin embargo, posteriormente, la tendencia cambió y llegó a 2.41 en 2019, ubicándose por encima de la meta establecida en el Plan Decenal de Salud Pública (0.5). El porcentaje de transmisión materno infantil del VIH en menores de dos años a nivel nacional, pasó de 4.9% en 2009 a

2.2% en 2017. Para el periodo 2009-2019, la razón de mortalidad materna en el nivel nacional presenta una tendencia a la reducción, teniendo su mejor resultado en 2018 (45.3); no obstante, en 2019, presentó un incremento cercano a los 5 puntos porcentuales. El régimen contributivo presenta resultados estables para el periodo de análisis y con tendencia a la reducción. Para el caso del subsidiado y los regímenes de excepción los resultados son superiores al total nacional, sin embargo, para el régimen especial la razón de mortalidad registró resultados atípicos y muy superiores para los años 2013 (442.48) y 2015 (510.2); después, se evidenció una reducción que se mantuvo estable hasta 2019 (11)

A nivel departamental y por entorno de desarrollo, la razón de mortalidad materna presentó una disminución para las categorías robusta e intermedia (Clasificación de Categorías según entornos de desarrollo, DNP 2015 (11)). Para entornos de desarrollo temprano, la razón de mortalidad presentó resultados casi del doble en comparación con los otros entornos, alcanzando un máximo de 175.9 en 2014. Especialmente, los departamentos de Vichada y Guainía registraron los resultados más altos en 2019 (11) La tasa de mortalidad perinatal, entre los años 2009 y 2019, a nivel nacional, presentó una reducción desde el primer año (14.7) hasta 2014 (13.4); posteriormente, aumentó hasta llegar a 14.6 por mil nacimientos (2019), resultado similar al presentado en 2009. En cuanto a los regímenes, se encuentra que el régimen especial, aunque tuvo un comportamiento fluctuante, presentó las mayores tasas respecto de los demás regímenes. Por su parte, los regímenes contributivos y de excepción tuvieron las menores tasas para el periodo.

La tasa de mortalidad en menores de un año, a nivel nacional, desde 2012, evidencia una disminución, registrando en 2017 su mejor resultado. Para el periodo 2018, se registró un incremento con respecto al año 2017 de 0.6 p.p., resultado que se mantuvo para 2019. De acuerdo con el tipo de régimen, en el régimen contributivo y de excepción se presentan mejores resultados que para el total nacional. Sin embargo, para el régimen especial se registran tasas superiores a 30 por mil nacidos vivos para los años 2013 y 2018, casi tres veces los resultados del nivel nacional. Para el año 2016 se presentó la cifra más baja (13.39). A nivel departamental, la tendencia de reducción se presenta para los departamentos de entornos de desarrollo robusto e intermedio. Por el contrario, para los departamentos con entorno temprano, esta tasa alcanza resultados superiores al 18 por mil nacidos vivos. Para el periodo comprendido entre 2009 a 2019, la tasa de mortalidad tratable en niños menores de cinco años a nivel nacional disminuyó de manera considerable en 2009 pasando de 202 a 173.8 en 2010, esta tendencia continúa hasta 2019 en donde el resultado alcanzó 165 niños menores de cinco años por cada 100.000. La tasa de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica agua - EDA, a nivel nacional, presentó de 2009 a 2014 una tendencia decreciente; luego, de 2014 a 2016, tuvo un leve incremento para después, en 2017, un descenso y desde ese año en adelante la tasa tuvo una tendencia creciente. En 2009 fue cuando la tasa presentó un mayor valor, siendo de 7.3 por cada 100.000 habitantes. Comparando 2011 con 2019, la tasa creció 78% pues pasó de 3.7 a 6.6 (11). Agrupando por categorías de ruralidad se aprecia que rural disperso es la categoría con el mayor promedio en la tasa de mortalidad por EDA, el valor máximo (mínimo) es 141.9 (69.6) en 2014 (2012). A rural disperso le sigue rural, el cual cuenta con promedios que se situaron entre 44.3 (2014) y 84.3 (2019).

Esta función, de gestión del riesgo en salud en el aseguramiento no está clara en el PL 339 ni establece cual entidad sería la responsable. Las RIISS propuestas no tienen definido los protocolos y al no tener contratación para realizar los programas especializados con reconocimiento por logros en morbimortalidad, incapacidad y uso de los servicios, no los realizarán porque la forma de pago propuesta, por servicio prestado, estimula el incremento de las frecuencias de atención. El que las IES, anteriores ESE, se financien con subsidio a la oferta llevará a repetir la historia del Sistema Nacional de Salud existente antes de 1993 cuando los presupuestos se asignaban de acuerdo con capacidad instalada independientemente de los servicios prestados o de los compromisos en resultados

de salud de la población. Una opción puede ser el subsidiar por oferta las actividades asociadas a la Atención Primaria de Salud y las relacionadas con la atención de la enfermedad hagan parte de lo cubierto por la UPC. El PL 339 propone una fragmentación de las funciones asociadas al manejo de los riesgos desde la suma de los recursos como desde la gestión del riesgo en salud lo cual va en contra de las mejores prácticas del aseguramiento porque limitará la capacidad del sistema para absorber riesgo y garantizar la protección financiera a la población, lo que resultará en incremento en el gasto de bolsillo en salud y de ahí aumentos importantes en los gastos catastróficos y empobrecedores.

3. Modelo de salud.

El sistema de salud actualmente funciona con un modelo dirigido a la atención de la enfermedad con aseguramiento financiero, esto es la financiación de los gastos requeridos para la atención de la enfermedad en la población afiliada. Se complementa con el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) aunque la responsabilidad de las acciones comunitarias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad no las realizan las EPS con excepción de las de gestión del riesgo de patologías específicas como son las cardiovasculares, diabetes, renales, entre otras. El PL 339 define un modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo fundamentado en Atención Primaria de salud universal, centrado en las personas, las familias y las comunidades. Desarrolla una configuración territorial para la organización de la respuesta a las necesidades, potencialidades y expectativas de la población, ordena las acciones y recursos de los diferentes sectores y actores en un ejercicio de transectorialidad para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud (12). Esta configuración territorial tiene consigo un modelo asociado a la cercanía a la vivienda o al sitio elegido por la persona y descarta otras opciones de modelo de prestación de servicios de salud. Esta concepción es ineficiente e ignora las dificultades actuales del sistema al no llegar ni ofrecer sitios de atención en cercanías de las áreas rurales dispersas o en las áreas marginales de las grandes ciudades. La propuesta, basada en la construcción de CAPS y disponibilidad de médicos, además de costosa es inviable a corto y largo plazo. La construcción del número de CAPS según la propuesta del PL 339 para llegar a todas las localidades, tanto en áreas urbanas marginadas como rurales dispersas, requiere de tener los recursos suficientes en el corto plazo, así como el proceso administrativo asociado a la identificación del sitio de construcción, con participación comunitaria, la contratación del o de los constructores, la dotación y puesta en marcha de la prestación de servicios la cual debe tener contratados y capacitados a los miembros de los ETS. Este proceso de construcción de los CAPS requiere de tiempo suficiente que puede superar el tiempo de gobierno del actual presidente de la República. Para disponer del número de especialistas en medicina familiar necesarios según el modelo, se requieren al menos 10 años de introducción de cambios curriculares en los programas de formación de pregrado de medicina, así como de los otros programas de salud. El modelo no contempla el talento humano diferente a los médicos. Para el funcionamiento del sistema de acuerdo con la propuesta del PL 339 son necesarios abogados para estudio y adecuación de normas, definidores de políticas públicas, actuarios, administradores de salud, contadores públicos con conocimiento del sistema, trabajadores sociales, técnicos de sistemas, técnicos en mantenimiento de equipos de salud, etc. En el largo plazo, el costo de sostener esta infraestructura la hace inviable, y es muy probable, como se observa en parte de la infraestructura pública actual, que no sea utilizada porque la población demande servicios a través de modelos de prestación que satisfacen mejor sus necesidades y que no se basan en infraestructura física.

4. Atención primaria.

Se percibe confusión en la utilización del término, asociándolo a la prestación de servicios de salud en el nivel de baja complejidad de atención. Atención primaria, ya definida y reglamentada en la Ley 1438 de 2011, se relaciona con el acercamiento de los servicios de salud con la comunidad y la participación de esta en el proceso de identificación de los determinantes sociales de la salud y la solución de ellos buscando una mejor calidad de vida de la población. La afiliación al sistema es familiar y no tiene en cuenta la localización

de la familia, lo cual determina que en una localidad los vecinos pueden estar afiliados a distintas aseguradoras. Esta situación afecta la realización de actividades de promoción y prevención y a la atención primaria en su conjunto por parte de las aseguradoras al no tener responsabilidad sobre toda la población residente en un territorio dado.

El PL 339 de 2023 considera la creación de Centros de Atención Primaria (CAP) localizados en cada municipio con cobertura de 2.000 a 5.000 familias cada uno (13) y con equipos territoriales de atención primaria (Equipos Territoriales de Salud, ETS). Según COSESAM (Corporación de Secretarios de Salud Municipal) en documento del 2 de junio de 2023 dirigido al Ministro de Salud y al Congreso de la República (14), en Colombia el 82% de la población reside en municipios que tienen más de 25.000 habitantes y ocupan el 33% del área del país. Hay 630 municipios con poblaciones entre 5.000 y 25.000 habitantes y 204 (incluyendo 20 corregimientos) con menos de 5.000 personas por municipio que ocupan el 30% del área. Esta dispersión geográfica es una de las principales causas del poco acceso de la población a los servicios de salud de las redes de las EAPS. Los municipios pequeños, según el documento de propuesta de redefinición de las características de operación de los hospitales públicos del Ministerio de Salud (15) Colombia cuenta con 928 ESE distribuidas en todo el país; de estas, 792 corresponden al primer nivel de atención (85,34%), 110 al segundo nivel (11,85%) y 26 al tercer nivel (2,80%) De 1122 municipios y distritos, hay 876 en los cuales la oferta pública hospitalaria es única (78%). Con base en estos datos, se puede afirmar que se requiere construir al menos 834 CAPS en los municipios con poblaciones de menos de 25.000 habitantes los cuales pueden ser únicos en el municipio si la meta es del 75%, se necesitarían 657 CAPS. El proyecto de Ley no establece el valor estimado de la construcción y dotación de cada CAPS.

Para definir la factibilidad del desarrollo de los CAPS y la estrategia de Atención Primaria se requiere conocer la disponibilidad de recursos destinados para ese fin, así como su permanencia en los presupuestos anuales.

La relación entre los equipos básicos de salud (Ley 1438) o Equipos Territoriales de Salud (ETS, PL 339) con el nivel básico de atención no está bien definida. Las actividades que deben realizar los ETS son la caracterización de la población, esto es la identificación de la población, los grupos familiares, las edades, el género, la afiliación a la seguridad social y su registro, detección de situaciones de enfermedad mediante pruebas de tamización sencillas tales como toma de presión arterial, medición de glucosa sanguínea, detección de problemas de miopía o astigmatismo, alteraciones de patrones de crecimiento en niños, identificación temprana de embarazo, detección de violencia intrafamiliar, problemas asociados a salud mental y a salud oral, entre otros. Además, estimular la creación de comités de participación comunitaria para discutir sobre determinantes sociales de salud y buscar su solución a través de abogacía ante las autoridades de los diversos sectores. No hay claridad en el mecanismo de conexión entre lo identificado por los ETS y el nivel básico de atención.

La propuesta de CAPS debe definir esta relación de tal forma que la persona identificada con un posible problema de enfermedad sea revisada por el equipo profesional del CAP y se realice el correspondiente proceso diagnóstico para aclarar el posible positivo encontrado por el ETS. Así mismo, se requiere que los ETS tengan claridad sobre su acción frente al seguimiento de los casos diagnosticados y en tratamiento atendidos en el CAP respectivo. Esta claridad se asocia con la frecuencia de visitas a los casos en su lugar de residencia, controles a realizar y reportes al grupo profesional tratante del CAP.

Un equipo básico de Salud (ETS según PL 339) tendría un costo mensual de \$51.738.429 (16). No se conoce aún la fuente de financiación de estos recursos. Teniendo en cuenta que en el país hay aproximadamente 876 municipios en los cuales la oferta pública hospitalaria es única (78% de 1.122)(14), lo cual obliga a todas las aseguradoras con afiliados en esos municipios a contratar con esa única ESE, una opción viable para mejorar el acceso a los programas de promoción y prevención es la definición de tarifas por el Ministerio de Salud

aplicables a las actividades, procedimientos e intervenciones comunitarias y poblacionales que realizan los ETS pertenecientes a la única entidad prestadora de servicios de salud, tarifas obligatorias para todas las aseguradoras que contraten con esa entidad. Con base en esa contratación y recursos de subsidio a la oferta dirigida a los CAP, se podría financiar los ET requeridos por municipio. En el régimen subsidiado, según lo establecido por el Decreto 133 de 2010(10), las EAPB deberán contratar con las IPS públicas hasta el 60% del valor de la UPC efectivamente destinada a la prestación de servicios de salud. Esta norma que buscaba garantizar la contratación de los hospitales públicos por las aseguradoras no se cumple sino en los municipios donde el hospital público es el único prestador.

Los recursos financieros originados por el pago de aportes y cotizaciones en el régimen contributivo que financian la UPC del régimen se dedican a la atención de la demanda por enfermedad de los afiliados. Para las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedad se asigna un valor mínimo por afiliado que es insuficiente para estas actividades. En el régimen subsidiado, el valor de la UPC es inferior y nuevamente el gasto supera el valor asignado. A esta situación presupuestal se adiciona la inoportunidad del giro directo de la ADRES a los prestadores de este régimen y las sanciones de la Superintendencia de Salud a varias aseguradoras. La financiación de la atención primaria está asociada a los recursos del PIC procedentes del Sistema General de Participaciones correspondientes al 10% de lo asignado a los municipios (16), los cuales son insuficientes para la financiación de los equipos básicos de salud y las actividades que estos deben realizar en las comunidades a su cargo. Estos recursos han sido utilizados en muchos municipios para contratación de personal proveniente de cuotas políticas de los partidos o movimientos que apoyaron al alcalde en su proceso de elección o en otro tipo de actividades.

5. Barreras de acceso para la atención de enfermedad.

La principal queja del sistema de salud que motiva su reforma se relaciona con el poco o ningún acceso de la población residente en las áreas marginadas de las grandes ciudades y en las áreas rurales, principalmente las dispersas, a la atención por casos de enfermedad, con mayor dificultad para la atención especializada. Estas dificultades se asocian con la organización de las redes de prestadores de las aseguradoras, con concentración en las principales ciudades, concentración asociada a la disponibilidad de especialistas, disponibilidad de la tecnología en las ciudades, acceso de los especialistas a la tecnología, así como a condiciones de vida personal o familiar como son educación continuada, educación de calidad para los hijos, remuneración adecuada. Se añade a esta falta de prestadores el no pago o demora en el pago a los prestadores por las aseguradoras que lleva a cierre de servicios o barreras en las autorizaciones de los servicios.

Como se comentó previamente en lo relacionado con atención primaria, en el país hay 867 de 1220 municipios con una única institución hospitalaria, en los cuales las aseguradoras están obligadas a contratar con esa institución por no existir prestadores privados. Si las EAPB contratan las acciones de promoción y prevención exclusivamente con esas instituciones, con tarifas uniformes, las actividades de atención primaria a realizar por los ETS tendrían financiación adicional al subsidio a la oferta considerado por el PL 339. Además, habría cobertura de toda la población y las acciones las realizarían los equipos del CAP municipal. Se requiere la organización adecuada de las redes integradas e integrales de prestación de servicios, RIISS, redes que deben garantizar canales de referencia y contra referencia entre sus niveles, contratación entre aseguradoras y prestadores que establezca formas de pago que desestimen la demanda inducida, pago adecuado a los profesionales de salud asociado a contratación laboral sin tercerización, disponibilidad de internet y redes de comunicación operables, adecuadas y activas y utilización de modalidades de atención asistida por especialistas como telemedicina, hospital padrino, entre otros.

Para los casos que requieren atención directa de especialistas, incluyendo procedimientos, una opción puede ser la conformación de equipos mixtos (especialistas con médicos generales y otros profesionales) que atiendan casos

previamente seleccionados mediante protocolos definidos (RIAS) y su seguimiento se haga en niveles de complejidad menor.

Un factor de suma importancia en el funcionamiento del Sistema es la conectividad. Actualmente cada aseguradora tiene su red interconectada, red que es propia y diferente de las otras aseguradoras. La propuesta del PL339 de establecer RIASS con la ADRES como pagador único, con todos los procesos de contratación, auditoría, calidad, vigilancia y prestación de servicios incorporados en la gestión de riesgo operativo, necesita un sistema de información interconectado, funcional, lo cual requiere un proceso complejo que incluye desde compra de equipos, elaboración y prueba del software, que supera en tiempo los dos años propuestos como transición. Si el sistema de información es funcional, los CAPS localizados en sitios distantes de los centros poblados y en áreas dispersas podrán tener acceso a telemedicina, asesoría a los profesionales de especialistas en las distintas ramas de la medicina y de otras profesiones y a un flujo fácil de los pacientes entre los niveles de complejidad con un sistema de referencia y contra referencia ágil. Sin esta herramienta, no se lograrán modificar las condiciones actuales del sistema.

6. Talento humano.

Las principales quejas en relación con el talento humano se refieren a la poca capacidad resolutive de los médicos recién egresados, la insuficiencia de profesionales especializados, la baja remuneración al grupo de profesionales y las modalidades de contratación. Las Facultades de Medicina, según manifestación de la presidente de ASCOFAME consideran que los planes de estudio de las facultades de medicina son adecuados para los requerimientos del sistema de salud. La resolutive de los médicos generales debería estar asociada a la atención primaria con trabajo en las comunidades, especialmente en los municipios pequeños con una sola entidad prestadora de servicios.

Según ASCOFAME, no se necesitan más facultades de medicina. Egresan algo más de 6.000 médicos anualmente. En el país hay aproximadamente 130.000 médicos de los cuales 100.000 son médicos generales de 63 facultades de medicina. La resolutive en las instituciones prestadoras está asociada al nivel de atención, así como a la dotación de la IPS. El nivel primario de atención debe ser la puerta de entrada de la población que requiere servicios de salud al sistema. El médico general debe ser el líder del equipo de profesionales y personal sanitario que recibe la persona que llega al servicio. El equipo debe estar conformado por diversos tipos de profesionales como odontólogo, enfermera profesional, nutricionista, sicólogo, optómetra, promotores de salud, auxiliares de enfermería, higienistas orales, además del médico, capacitados para atender los problemas propios de la comunidad en la cual se encuentra la institución. La población acude a las instituciones en las cuales sabe que existen los equipos y el personal capacitado para atender su situación de salud. En el nivel básico de atención la resolutive debe estar asociada con la atención primaria coordinando las actividades de los ETS en la comunidad de influencia, actividades ya comentadas. Es diferente en los niveles complementarios en los cuales, según el nivel, se requiere personal profesional con habilidades de distinto tipo según los servicios que ofrece la institución. En estos niveles de atención hay insuficiencia de especialistas lo cual lleva a citas a largo plazo, necesidad de remisión a otras ciudades lo cual se constituye en una de las principales barreras de acceso en el Sistema.

Este panorama lleva a la necesidad que la formación de pregrado de los profesionales de salud brinde los elementos al estudiante que le permitan ser líder de grupo, trabajo de equipo, identificación de situaciones propias de la región donde se va a desempeñar, trabajo comunitario, liderazgo social además de los

conocimientos propios de las patologías comunes en Colombia. En los programas de manejo de enfermedades específicas como son tuberculosis, malaria, lepra, leishmaniasis, Chagas, VIH, diabetes, hipertensión arterial, entre otras, es conveniente formar médicos generales “expertos” en la enfermedad quienes, localizados en los entes territoriales sean los referentes para el manejo de esas patología y asesores a los profesionales de todos los niveles de atención.

Un aspecto de importancia para mejorar el acceso de la población a los servicios de salud en las regiones dispersas y remotas se relaciona con las condiciones de vida de los profesionales que van a trabajar en las instituciones localizadas en esos sitios. La calidad de vida se relaciona con el acceso a fuentes de información para actualización, vivienda adecuada, educación de calidad para los hijos, conexión a internet además de salarios (contratación laboral con estabilidad) adecuados. Los salarios deberían tener una prima de residencia que sea atractiva para el profesional y lo incentive a residir en esas regiones. La falta de especialistas de las distintas ramas de la medicina y de la prestación de servicios de salud, es un factor que determina el acceso a los niveles de mayor complejidad. Los posgrados clínicos tienen generalmente un número pequeño de cupos por hospital universitario y universidad que los ofrecen.

La selección de los candidatos es diferente según la especialidad y la universidad y su duración está entre 3 y 5 años según el área del conocimiento. Durante el período de estudio de posgrado el profesional recibe el pago de una beca que le cubre la seguridad social. Un buen número de médicos viajan a especializarse en otros países como Estados Unidos, México, Argentina, Brasil y España donde los procesos de admisión son diferentes, así como el costo de los estudios. Se requiere de una política de formación de especialistas clínicos en el país, que favorezca el ingreso a los estudios de posgrado en igualdad de condiciones para todos los interesados, con remuneración durante el tiempo de estudio. Se debería unificar el proceso de admisión para posgrados en todas las universidades con pruebas que den un puntaje válido para todas las universidades y selección de los mayores puntajes por las universidades y hospitales universitarios con mayor calificación de calidad.

Considerando que la especialidad en Medicina Familiar sería la especialidad base para un sistema de salud orientado hacia la atención primaria, se ha discutido la posibilidad de facilitar el ingreso y formación de médicos generales a la especialidad teniendo en cuenta que se requieren 20.000 aproximadamente y las Facultades de Medicina con ese posgrado tienen capacidad para formar un número pequeño anualmente. La propuesta plantea que los interesados harían el internado y el año social obligatorio en la especialidad y tendrían un tercer año para completar sus estudios. Esta opción, si bien facilita la formación rápida de especialistas, al tomar el internado como el primer año le quita al estudiante la exposición al manejo de pacientes con docencia directa en las instituciones universitarias. El énfasis en el internado debería ser la resolutivez a nivel de médico general y no de remitir a especialistas. Otra opción que es viable es la formación mediante diplomados o cursos dirigidos por médicos familiares sobre los temas básicos de la especialidad en períodos cortos acumulables que les permitirían continuar laborando y formarse en la especialidad.

El Sistema requiere de otros profesionales de la salud y de otras disciplinas, adicionalmente a los médicos, tales como los(as) odontólogos(as), sicólogos(as), nutricionistas, enfermeras(os), optómetras, terapistas, trabajadores sociales que hacen parte de los equipos territoriales. A nivel de administración del Sistema y de las Gestoras se requiere de abogados, Administradores de empresas, contadores públicos, ingenieros de sistemas, economistas, estadísticos, trabajadores sociales tanto con formación de pregrado, así como de profesionales de las distintas ramas del conocimiento con postgrados en salud pública, administración en salud, epidemiología y salud del trabajo. Igualmente, personal con formación técnica como son los técnicos en sistemas, en riesgos laborales, en mantenimiento de

equipos, entre otros. En el país hay insuficiencia de muchos de estos profesionales y técnicos y se requiere una política pública que favorezca su formación de pre y posgrado, así como de vinculación laboral al sistema, con condiciones favorables para trabajar en áreas dispersas, similares a las propuestas para los médicos.

7. Gobernanza y rectoría

La gobernanza y rectoría del Sistema con énfasis territorial parte de entregar a las direcciones territoriales de salud estas funciones. Para lograrlo se requiere que exista capacidad técnica en los funcionarios de los entes territoriales tanto departamentales como distritales y municipales. Se puede afirmar que esa capacidad técnica existe en los municipios, distritos y departamentos desarrollados en los cuales hay universidades con programas de formación del talento humano necesario para el desempeño de funciones técnicas como son la definición de políticas públicas de salud, elaboración y control de los Planes de Salud y Planes de desarrollo, vigilancia epidemiológica, diseño y control de programas de prevención y control de enfermedades, diseño y elaboración de Análisis de Situación de Salud (ASIS) en cada nivel, monitoreo y evaluación de estrategias, etc.

En los municipios y departamentos pequeños, con poco desarrollo de talento humano, los cargos están desempeñados en muchas ocasiones por personal auxiliar y sin formación que les permitan realizar la gobernanza y rectoría que se propone. Los funcionarios de los entes territoriales son nombrados por el respectivo alcalde municipal, distrital o gobernador departamental, según sea el caso, respondiendo en muchas ocasiones a reparto político de los cargos con los partidos o grupos que apoyaron la candidatura respectiva. El sector salud requiere que los cargos sean desempeñados por personas con calificación técnica en alguna de las ramas de la salud pública. En algunos entes territoriales, principalmente en los de mayor desarrollo, existen plantas de cargos con descripción de requisitos técnicos exigidos para ocuparlos. Es deseable que el Ministerio de Salud y el Departamento de Administración Pública establezcan requisitos para el desempeño de los cargos de dirección y los técnicos en todos los niveles de la administración de la salud en las direcciones territoriales.

Actualmente la dirección del Sistema está en el Ministerio de Salud y Protección Social. Se propone revivir el Consejo Nacional de Salud en el nivel de dirección del sistema, como órgano asesor del Ministerio de Salud y Protección Social. A nivel territorial la dirección está en las direcciones de salud de los entes territoriales con consejos territoriales de salud. Como se comentó anteriormente, en los departamentos pequeños y sin programas universitarios de formación de personal de salud, muchos de los funcionarios no tienen formación de pregrado en salud. Es necesario que haya un acompañamiento técnico desde el Ministerio de Salud a estos departamentos, así como la formación de talento humano en las profesiones y especialidades requeridas, con estímulos para su permanencia en su lugar de origen.

Bibliografía

1. Congreso de la República. Proyecto de Ley 339 de 2023
2. Congreso de la República Ley 1753 de 2015. Artículo 66
3. World Bank Data. 2022
4. Melo-Becerra LA et al. Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia. Revista Ense. Banco de la República 2023
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe de Gestión 201
6. Congreso de la República de Colombia. Ley 1955 de 2019
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 205 de 2020
8. Hüzgame,A. Pasado, presente y futuro del SOAT. Revista FASECOLDA 182 (44-49),2021
9. Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007
10. Ministerio de Salud y Protección social. Decreto 133 de 2010. Artículo 15

11. Ministerio de Salud y Protección Social. Departamento Nacional de Planeación Evaluación de resultados del SGSSS 2009-2019. Informe de Resultados 2022
12. Congreso de la República. Proyecto de Ley 339 de 2023. Exposición de motivos. P 169
13. Congreso de la República. Proyecto de Ley 339 de 2023. Artículo 4
14. Corporación Colombia de Secretarios de Salud Municipales, COSESAM. Junio 2 de 2023
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Propuesta de redefinición de las características de operación de los hospitales públicos. Estudio de modelación de la prestación de servicios de salud primarios, ofertada por hospitales públicos en Colombia. Dirección de prestación de servicios de salud y atención primaria. Bogotá DC. 2022
16. Ministerio de Salud y Protección Social- Modelo de Salud Preventivo y Predictivo para una Colombia potencia mundial de la vida. Documento preliminar. Octubre 2022
17. Congreso de la República de Colombia. Ley 1955 de 2019. Artículo 233
18. Ministerio de Salud y Protección social. Programa Preventivo de Salud Territorial. Lineamientos para la operación de los Equipos Básicos de Salud. Enero de 2023



Política en Breve - PROESA

Los aspectos críticos del sistema de salud en Colombia

© Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud - PROESA.

Cali / Universidad Icesi, 2020

ISSN: 2256-4063 (En línea)

Palabras claves:

Salud / Economía / Investigación / Cali (Colombia)

Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas

Primera edición / septiembre 2020

Rector: Esteban Piedrahita uribe

Secretaria General y Jurídica: Olga P. Ramirez Restrepo

Director Académico: José Hernando Bahamón Lozano

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud:

Luis Alberto Escobar Flórez

Decano de la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas:

Carlos Enrique Ramírez

Comité Editorial: Norman Maldonado, Victoria E. Soto.

Redacción: PROESA - Luis Alberto Tafur

Coordinador Editorial: Adolfo A. Abadía

Diseño y Diagramación: Sandra Moreno

Cali - Colombia

Calle 18 No. 122-135 (Pance), edificio B - piso 2.

Teléfono: +57 (2) 555 2334

E-mail: editorial@icesi.edu.co



PROESA es el centro de investigación en economía de salud de la Universidad ICESI y la Fundación Valle del Lili (FVL).

PROESA - Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud - hace investigación de alta calidad y genera evidencia relevante para la orientación de las políticas públicas en protección social y economía de la salud, tanto a nivel nacional como internacional.

Misión

La misión es realizar investigación de alta calidad, diseminar el conocimiento y proveer orientación imparcial y objetiva para las políticas en protección social y economía de la salud.

Visión

La visión es ser reconocidos a nivel nacional como el centro de pensamiento líder en su campo, e internacionalmente como generador y transmisor de conocimiento en protección social y economía de la salud.

Principios

Pertinencia | Independencia | Transparencia | Excelencia

PROESA



Calle 18 No - 122-135
Universidad Icesi - Oficina B 102
Telefono: +57(2) 321-20-92
Cali - Colombia
icesi.edu.co/proesa

Encuétranos en:



@centro_proesa



ProesaCali