

Comentario

VACÍOS DEL PLAN DE DESARROLLO

Juan Carlos Giraldo Valencia

Presentación

Quiero hacer un comentario general sobre la presentación del Plan Nacional de Desarrollo. Siempre se tienen grandes ilusiones con respecto a los planes de desarrollo porque nos han enseñado que en ellos se vierten las políticas para los próximos cuatro años y constituyen la carta de navegación de cada gobierno.

En este Plan de Desarrollo hay una gran cantidad de vacíos, que van a hacer que aterricemos en la realidad: tal vez los planes de desarrollo no son la panacea que uno cree, sino apenas un compendio de teorías y de buenas intenciones que se convierten en un referente más a la hora de la toma de decisiones. Pero que, en la práctica, no llegan a convertirse propiamente en ese norte hacia donde se debe apuntar.

Considero que la discusión amplia de los planes sería mucho más valiosa si se diera antes de la expedición del Plan, y no posteriormente, cuando se hace la difusión y la divulgación de lo que ya se ha aprobado.

Por eso me gustaría, en primera instancia, criticar el papel del Consejo Nacional de Planeación. Es una instancia que también ha sido diseñada con una muy buena intención: la de dar espacios para una serie de mesas regionales y, a través de la búsqueda de consensos y de mesas de trabajo, llegar a hacer comentarios proactivos al debate del Plan Nacional de Desarrollo.

En realidad, lo que uno observa con los comentarios del Consejo Nacional de Planeación es que, en muchos casos, también éstos pueden ser documentos teóricos importantes. Pero muy pocas de las sugerencias que hace este Consejo son tenidas en cuenta a la hora de la decisión final.

En esta presentación del Departamento Nacional de Planeación (DNP) se ha esbozado lo que debería ser ese Plan de Desarrollo soñado. Pero al hablar propiamente sobre el sector salud, y con excepción de los temas de salud pública, que son el aspecto más concreto, no es fácil encontrar la secuencia que se quisiera: la de políticas, programas, estrategias y proyectos. Donde los proyectos son una unidad mínima de inversión, en la que hay unas actividades, unas metas y unos objetivos a largo plazo y por supuesto unos recursos.

En la estructura general de las bases del Plan, es muy difícil encontrar estas secuencias, por lo menos en los apartes de salud.

Un gran vacío es el Plan de inversiones. No sé si esto se debe a que todavía no tenemos la posibilidad de conocer el texto definitivo de lo que constituye las bases del plan, más la ley del Plan, más el plan de inversiones. Pero se quisiera saber, para comenzar, si todas estas actividades y metas mencionadas, y esa es la primera pregunta, están financiadas. El día que sepamos eso, será necesario conocer también, cuántos son los recursos frescos para la puesta en marcha de este Plan. Por-



que un hábito que han desarrollado los gobiernos consiste en sumar una cantidad de recursos que están siendo aportados por los ciudadanos o por las entidades territoriales. Sería muy bueno saber, entonces, cuál es el aporte que hace la nación, cuáles los que hacen los particulares, cuáles son los recursos parafiscales y cuál es el compromiso regional. Ésta sería la única manera de saber si en realidad hay plata fresca para crear nuevos programas, nuevos proyectos y modificar en algo la situación problemática que se aspira a resolver con el Plan de Desarrollo.

Esa es, pues, la mirada general. Me parece que no tiene una estructura muy definida como Plan Nacional de Desarrollo. Hay unos vacíos notables, especialmente en el área de financiación, y supongo que se debe a que en este momento todavía no se ha expedido la ley y, por tanto, el Plan no viene con todos sus compromisos presupuestales.

El segundo punto es que, cuando uno se acerca a un Plan de Desarrollo, ¿contra qué lo compara para decir si es bueno o malo? La respuesta natural sería que hay que contrastarlo con las ofertas y promesas que ha hecho el candidato que hoy es presidente. Ese es el ejercicio que nosotros hemos hecho, por lo menos desde nuestro gremio, frente a lo que el entonces candidato Álvaro Uribe prometió y presentó como programas de campaña.

Comparar la fidelidad del Plan con los compromisos de la campaña es, también, una forma de hacer una lectura respecto a cuál es el comportamiento de entidades que tienen una inercia propia, como son el DNP y todo el ejecutivo, expresado en los diferentes ministerios que tienen que ver con el desarrollo del Plan.

En nuestro órgano de difusión, la Revista Hospitalaria, hicimos un ejercicio toman-

do cuatro discursos: uno, que es el más conocido, fue el de los cien puntos del manifiesto democrático, que incluye siete u ocho puntos relacionados con salud y seguridad social; otro, un discurso en Medellín; además, una entrevista con la Revista y finalmente en 2000 un foro de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC).

Para ser muy breve, diría que los compromisos de campaña del presidente Uribe se centraban en disminuir la evasión y la elusión, hacer que el sistema sea viable financieramente, buscar las herramientas para que se agilicen los pagos entre los diferentes actores del sistema, expedir o conseguir que haya tarifas equitativas para los prestadores dentro del sistema, fomentar la libertad de escogencia, darle valor agregado al aseguramiento de manera que no sea solamente una intermediación, luchar contra los abusos de posición dominante por parte de los diferentes actores dentro del sistema y apoyar a los hospitales universitarios, entre otras promesas.

Esas son, indudablemente, unas muy buenas intenciones. Pero hablar de la lucha contra la evasión y la elusión contra la intermediación es muy genérico. Uno esperaba que, por lo menos en las bases del Plan, se aterrizará. Pero, como vemos, ambos temas no han sido aislados de tal manera que se pueda identificar cuál será el mecanismo contra la evasión y la elusión, por ejemplo. Se enuncian, además, una cantidad de actividades puntuales que, en algunos casos, pueden llegar a ser contradictorias.

1. Aspectos negativos del sistema de salud

Aunque, indudablemente, hay cosas positivas, en el tercer punto de mi intervención quisiera

hablar sobre las cosas negativas, como parte de la metodología para generar un debate.

Lo primero: ¿cuál es el diagnóstico del que estamos partiendo? Quedo sorprendido porque me parece estar viendo el mismo diagnóstico que hicimos en 1993. Hay una crisis del sistema nacional de salud, con un problema grave de información, con unos hospitales que son muy ineficientes, con problemas grandes en la cobertura, con inequidad, con una relación inversa entre el gasto de bolsillo y las atenciones y toda una serie de aspectos que tienen que ver con lo cualitativo.

Todo esto se repite hoy, claro está, con unos indicadores actualizados, pero la parte discursiva es igual. Eso significa que este Plan de Desarrollo no es una propuesta que modifique el modelo existente, sino que es un mantenimiento del modelo. Es una expresión de confianza en el modelo actual.

Se aspira incluso a profundizar en algunos aspectos durísimos, como es el tema de transformación de subsidios, al cual haré una alusión posterior. El modelo de aseguramiento continúa, a pesar de las dificultades, de la extensión de las fuentes de financiación y de los problemas reales de subsidios cruzados donde no se deben dar.

Se continúa pensando que la mayoría de los problemas está en la utilización de los recursos, especialmente por parte de los hospitales. El tema hospitalario tiene un gran componente, es decir, parece que el razonamiento consiste en que se pueden mejorar muchas de las cosas del sistema y de las fuentes de financiación si se logra hacer más eficiente el gasto público, especialmente en los hospitales.

Eso puede ser cierto, pero es solamente uno de los factores. En un sistema de asegura-

miento se tiene confianza en que los contratos -que son la ley para las partes debido a la libre adhesión de voluntades y a las cláusulas o reglas de juego expresadas en términos- le van a resolver todos los problemas. Pero resulta que no: en este Plan de Desarrollo no se habla sobre las modalidades de contrato que se han venido desarrollando, y éste es uno de los puntos más perversos de la operación de este sistema de seguridad social. Entonces veo, según la presentación del DNP, que se elimina de entrada todo lo relacionado con el pago por evento.

Algunos apartes que no se han mencionado, y que conocí por textos preliminares de las bases del Plan, buscan formas inteligentes de contratación y facturación por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) frente a los aseguradores. Formas «inteligentes» ³/₄ la inteligencia no sé a que se refiere ³/₄, que consisten en hacerles ahorros a las empresas promotoras de salud (EPS) o a las entidades territoriales de salud. Ese es uno de los problemas que no se está abordando.

2. Mecanismos de contratación

Aquí quiero hacer énfasis en el tema de los contratos de capitación. Este es un aspecto serio, profundo, porque va en contra de uno de los postulados principales del sistema. El sistema de seguridad social también apostaba a que iba a ser exitoso si cada uno de los actores, o de los jugadores del sistema, podía tener un rol puro, manejar su riesgo. Iba a ser el personero de unas comunidades, a diseñar unas redes de servicios para facilitar el acceso a unas personas que antes habían sufrido el abuso de posición dominante de un Estado o de unas IPS. Entonces, los prestadores de servicios se iban a especializar en su papel, ofreciendo buena calidad científica y tecnológica, el



mejor recurso humano y toda su infraestructura para aliviar los problemas de salud de la población, por su parte el Ministerio trataría de salirse del tema de contrataciones directas para centrarse en su papel de formulador de políticas. De igual manera DNP y las otras entidades de planeación se dedicarían a mirar el mediano y largo plazos y finalmente existirían unos entes que ejercerían vigilancia y control a los especialistas en administrar el riesgo de la población que serían los aseguradores.

Pues bien, todos sabemos qué hace cada uno de ellos. Resulta que, con pequeñas modificaciones al esquema inicial, o a ese principio de pureza de cada uno de los actores, a través de esquemas como el de los contratos por capitación se está aceptando que en el sistema se le haga un traslado del riesgo a alguien que no tiene una estructura financiera para soportarlo. Entonces, una EPS le entrega una cohorte poblacional a una IPS para que la atienda y resuelva todos los problemas. Si le alcanza la plata, bien, y si hay un siniestro de alto costo, pues se acaba su estructura financiera.

Ese problema había que resolverlo en el Plan de Desarrollo, porque es uno de los puntos de diagnóstico que debería haber sido novedoso en el Plan, y que no está.

Se eliminan las formas de contratación por evento porque se dice que hay inducción de la demanda y, claro, esa es una de las enfermedades propias de los sistemas de seguridad social. Hay inducción de demanda, riesgo moral por parte de los prestadores. Ese es un riesgo que debería ser resuelto si existiera un buen sistema de vigilancia y control y si las auditorías en Colombia no fueran un mecanismo para posponer los pagos, sino para darle transparencia a las relaciones contractuales entre EPS e IPS.

No solamente se relacionan las EPS y las IPS a través de la forma de contratación. Dentro de esos contratos hay una serie de cláusulas que tienen mucho que ver con el flujo de los recursos. Eso tampoco lo está resolviendo el Plan, a pesar de que el Presidente Uribe tiene muy claro que hay un problema muy serio con el atraso en los pagos y que hay dificultades por el crítico movimiento de los recursos.

Yo creo y pongo la fe en que un documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes) posterior, que desarrolle la política de salud, o mediante decretos posteriores, se pueda avanzar hacia métodos mucho más sencillos de pago, donde se castiguen las defraudaciones que hacen actores intermedios y se generalicen modalidades como los giros sin situación de fondos. Esto es algo que ya se ha movido para el régimen subsidiado, pero que ni el gobierno anterior, ni éste, hasta el momento, han tenido la voluntad política de extender hacia el régimen contributivo.

Siempre hago un comentario: en el subsidiado están los centavos y en el contributivo están los pesos. Si el contributivo no se cuida, nunca va haber crecimiento del subsidiado. Ese es otro punto que no se está resolviendo y que debería abordarse rápidamente.

3. Planeación desordenada

No se ataca la desordenada planeación del sistema. *Desordenada planeación* significa que no la hay. Hay un crecimiento vegetativo, de acuerdo con los intereses y las capacidades de cada uno de los actores del sistema. Me referiré a un ejemplo: no hay regulación de la oferta. La dotación en Cali consta de ocho resonadores. Ustedes saben que éste es un método de diagnóstico muy sofisticado, en

Francia hay nueve. Más o menos con esa lógica estamos haciendo las cosas. Entonces, la libertad de competencia es que si se traen los equipos más avanzados, se tendrá una parte mayor del mercado. Eso lo tiene que regular alguien. Si yo creo más posgrados en el área de salud, ¿qué sucederá? ¿Quién controla la infraestructura, la tecnología en general, los medicamentos? Eso está creciendo al libre albedrío.

Nosotros hemos sido muy críticos de lo que llamamos IPS de garaje, que son aquellas IPS que no cumplen con unos estándares mínimos de calidad, y que como no tienen todo el soporte técnico y humano, son capaces de vender y bajar tarifas y hacer competencia desleal dentro del sistema. Ese es otro de los puntos que no se están tocando y, claro, está dentro de la falta de planeación del sistema.

Hay falta de planeación en el orden nacional, del DNP, falta de planeación en el ámbito regional de las Secretarías de Salud, falta de planeación también por parte de los componentes técnicos del Ministerio de Protección Social.

El ejemplo claro de la falta de planeación es el tema de la integración vertical. Esto consiste en que alguien quiere producir toda la cadena de servicios al interior de la misma empresa. El ejemplo claro es una EPS que tiene IPS, o unas IPS que tratan de reaccionar y juntarse para crear EPS.

Ese tema de la integración vertical fue aceptado en la ley 100 porque se pensó, de manera romántica, que algunos jugadores del sector privado iban a suplir la presencia del Estado en municipios de categoría 5 y 6 e iban a abrir infraestructura. Eso, naturalmente, no se ha dado. Las clínicas que abren las EPS lo hacen en los grandes centros urbanos, en el Valle de Aburrá, en el área

del Distrito Capital, en el área Metropolitana de Cali, de Pereira; en los sitios donde hay alta competencia porque, como allí hay mercado, ellos quieren evitarse las transacciones, evitar la salida al mercado de esas transacciones y hacerlas todas adentro, con el ánimo de conocer los expedientes completos de los pacientes y controlar los costos de la prestación del servicio.

Lo malo de la integración vertical lo estamos viendo con el Seguro Social, la EPS que vino del sistema anterior trayendo toda una infraestructura de clínicas propias. Hoy se está reventando, y no por el manejo de la EPS, sino por el de las IPS. Porque, para el asegurador, es bastante difícil aprender las complejidades y los estrechos márgenes de maniobra que tiene un director de hospital.

4. Sobre la libertad de escogencia

He oído reiteradamente que se fomentará la libertad de escogencia. Estos son principios, valores y sueños de la ley 100. La libertad de escogencia es el punto más elevado al que uno puede llegar en un sistema desarrollado de seguridad social.

No es la libertad de adscripción, que fue lo que ya se probó aquí y que desmeritó la figura de la libertad de escogencia. La libertad de adscripción es *vaya usted y yo lo atiendo donde quiera* y, al final, esto genera un problema peor. Con ese sistema es imposible hacer planeación y seguimiento de los recursos.

La libertad de escogencia, claro, es el remedio para todos los problemas de un sistema de seguridad social. Pero se necesitan los siguientes cinco elementos para llegar a la libertad de escogencia:

- Primero, que haya un *marketing* social suficiente para que cada uno de los usua-



rios del sistema tenga conocimiento pleno a lo que tiene derecho. Es decir, un plan nacional de divulgación del derecho a la salud. Eso es algo que se debería hacer y que nos resolvería muchos problemas. Porque el usuario, como dice Carlos Alberto Medina, sería el que agenciaría y podría inclinar la balanza hacia una u otra EPS, uno u otro hospital –siempre y cuando el usuario supiera qué es un plan obligatorio de salud (POS), qué es un plan de atención básica (PAB), una EPS o una IPS. A veces ni siquiera los ministros saben qué son esas siglas. Entonces, el usuario tampoco sabe y hay que enseñarle. Eso es lo primero, *marketing* social para el conocimiento y empoderamiento de los usuarios del sistema.

- Lo segundo, una adecuación del mercado. Es decir, que sobre todo la oferta esté acorde con la demanda: la infraestructura, la dotación, el recurso humano, la tecnología. Que estén de acuerdo con lo que se necesita en el país, que no haya excesos pero que tampoco haya déficit.
- Tercero, que exista un sistema de información completo. Ustedes lo mostraron, sistema de información no hay. Apenas estamos saliendo del marasmo de haber pasado del SIS al SIIS, al RIA y RIPS. Apenas estamos obteniendo las primeras informaciones del RIPS y dejamos rezagar todo el avance que teníamos, tan grande, en Avisas y en otros indicadores complejos.
- Lo cuarto, se debería tener un sistema de calidad completo y apenas hace un mes hemos dado el primer paso, que fue la última fecha del sistema de habilitación.
- Y el último punto, que es el más difícil: que haya un sistema completo, adecuado y temible de vigilancia y control.

Con esas cinco cosas usted puede tener libertad de escogencia. Entonces, todavía nos vamos a demorar mucho para poder ponerla en marcha.

5. Reestructuración hospitalaria

Me quiero detener en el tema de la reestructuración hospitalaria. Aquí hay una cantidad de mitos con la cuestión hospitalaria, y unos vacíos enormes de conocimiento.

Se dice que si el hospital es ineficiente, se cierra. Yo he preguntado, ¿en Hacienda cómo se hace la evaluación de proyectos? Yo aprendí que uno tiene la posibilidad de hacer evaluación social o evaluación privada de proyectos. Y, claro, en cada una de las dos hay técnicas diferentes para la medición. En una, se hace análisis costo-beneficio, punto. Expresa las unidades en costos y beneficios, en pesos. Al final, la tasa interna de retorno le dice si es bueno o es malo, si se debe meter o no, si es mayor que el costo de oportunidad.

Pero como estamos hablando de un proyecto social, como lo es un hospital público, se deberían tener unas tasas de descuento, y utilizar las técnicas de pesos sombra para poder decir: sí, puede que financieramente sea deficitario, pero socialmente esté aportando. Y esto no es un discurso populista. Es la realidad. Hay que preguntarse cuánto cuesta cerrar ese hospital en ese sitio.

Además, porque la cobertura se hace con los hospitales de primer nivel, no con los de segundo y tercer nivel. La cobertura se hace precisamente con esos centros de salud en la periferia. Si usted los cierra, ¿con qué se suplirá la prestación de servicios allá?

Hace algún tiempo, en el anterior Plan de Desarrollo, alguien adoptó un sistema de

Inglaterra y dijo: lo que pasa es que en este país deben haber hospitales cada 17 kilómetros. ¡Por Dios! ¡Si entre Armenia e Ibagué está La Línea y son 17 kilómetros! Ese desconocimiento de la realidad hace que los planes queden incompletos. Hay vacíos notables. Para terminar voy a tratar de resumir unos puntos específicos que no he mencionado.

Primero, la tecnología. No hay una política de tecnología en este país. Hay que hacerla rápido si queremos seguir siendo exportadores de servicios, teniendo el mejor nivel de medicina, los mejores hospitales. Hay que organizar y actualizarla tecnología.

Los hospitales universitarios. Existe ese dilema de que el hospital universitario es más caro que el hospital común y corriente. Ese eventual sobrecosto alguien lo tiene que pagar, porque si seguimos con esa teoría economicista pura, no vamos a tener sitios para hacer la formación del recurso humano. Alguien tiene que asumir ese subsidio, el sector público o el sector privado: es una decisión que hay que tomar.

El subsidio de oferta demanda. Eso no es tan fácil como cerrar una llave y poner el balde al otro lado. Esa era la idea que teníamos con la transformación de subsidio. Ahora, que estoy muy adentro de los hospitales, estoy entendiendo mucho mejor las múltiples aristas del problema.

Se creía que uno decía: vamos extinguiendo las fuentes del situado fiscal, la cerramos y cae la fuente del situado fiscal. Entonces, inmediatamente que ese dinero se convierta en subsidios a la demanda, la gente estará cubierta. Esa gente rápidamente va y demanda, y con eso se reemplazan las fuentes para los hospitales.

usted esté afiliado no significa que demandará servicios. Se tendría que inducir la demanda de esa población para poder compensar lo que el hospital ya no está ganando. Tercero, tiene, además, que esperar a que le paguen.

La cartera es uno de esos temas reiterados. En Colombia, la deuda, según las estimaciones nuestras en una sola muestra de 92 hospitales, asciende a 800 mil millones. Cuando hacemos la extrapolación, manteniendo las condiciones, a toda la red hospitalaria, la cifra de cartera está en 2.5 billones de pesos. Es tanto, que en las presentaciones macroeconómicas debe ir la cifra de cartera, porque eso es casi 2 puntos de producto interno bruto (PIB).

No solamente es grave lo que le deben a uno, porque eso es cartera corriente que en treinta días sale. No: es cartera morosa en 50%, es decir, 1.25 billones superan los noventa días, además sin pagar intereses. Entonces, ahí está el problema.

Para terminar el tema del subsidio de oferta a demanda, si se trata de identificar cuál es el hospital tipo que es capaz de resistir el sistema de seguridad social y la transformación de subsidios, sería un hospital de primer nivel, y algunos muy poquitos de segundo nivel ubicados en municipios con índices bajos de necesidades básicas insatisfechas (NBI), con calidad de vida alta y con coberturas que superan 70 u 80%.

Pero cuando hacemos las proyecciones $\frac{3}{4}$ ni siquiera cuando hay cobertura que es la variable interviniente, a la que se le puede meterle la mano para llevarla hasta el 100% $\frac{3}{4}$, muchos hospitales de este país serán superavitarios. Porque la reestructuración hospitalaria no consiste en recortar las plantas de personal, como lo piensa hacer



el gobierno, que cree que recortándola se alivia el problema en 500 millones de dólares. No señor: se puede recortar la planta de personal, reestructurar el hospital, traer los magos de la administración que apliquen todas las técnicas gerenciales, pero nunca serán capaces de administrar de manera que ese hospital sin mercado sea superavitario.

Entonces, hay que tomar una decisión. La decisión es que muchos hospitales públicos son necesarios, indispensables para la prestación y para hacer efectivo el derecho a la salud de la comunidad, y van a tener que seguir siendo subsidiados a la oferta para siempre. De todas formas los hospitales han evolucionado en gestión mucho más rápido que la adecuación de las fuentes de financiación.