

# A superar la desequilibrada comodidad

El presente número de *Hospitalaria* entrega al sector una nueva edición del estudio de remuneración del talento humano en salud. Ese estudio, que se ha convertido en referente, es una orientación a las autoridades y a las instituciones sobre algunos de los hechos que se dan en el funcionamiento del sistema y muestra las diferencias que en un grupo de instituciones de diversas naturalezas, localizaciones, niveles de complejidad y formas de contratación se presentan a la hora de vincular y remunerar adecuadamente a ese gran grupo de auxiliares, técnicos, profesionales y especialistas que prestan su conocimiento, dedicación y saber en los hospitales, clínicas y prestadores de servicios de salud. Si bien insistimos no se deben hacer generalizaciones de lo aquí presentado ni efectuar extrapolaciones, el estudio es una luz en la inmensa oscuridad que frente a este tema hay en el sector.

Pero más allá de las cifras presentadas sea esta la oportunidad para recordar un hecho que es ostensible: el sector prestador de servicios de salud es el gran oferente del empleo y los sitios de práctica para un talento humano altamente capacitado y especializado como lo es el del sector salud. Y el recordatorio es valioso porque en los momentos en que se discute con gran dificultad la reforma al sistema de salud y sus motivaciones, parecería olvidarse por muchos de los intervinientes el papel crucial que sigue desempeñando el sistema prestador de servicios. Y es que para poder prestar adecuadamente todos los servicios se requiere contratar y remunerar a todo el personal experto; darle las condiciones de seguridad óptimas; garantizar la adecuada dotación de equipos, insumos y medicamentos; proveer espacios e interacciones que ayuden a mantener la actualización de sus conocimientos, así como mezclar adecuadamente todos los recursos para que las salas, los equipos, los quirófanos y las camas estén operando de manera plena, ofreciendo garantías de calidad en búsqueda de los mejores desenlaces.

La anterior descripción, que puede ser tomada por muchos como un lugar común, la traemos a este editorial por

que el sector prestador viene deplorando desde hace mucho tiempo —y se ha expresado en el debate del proyecto de ley 339— la falta de sintonía de muchos de los que se dicen “salvadores del sistema” con las crónicas dolencias del sector real del sistema de salud, que es el sector prestador.

La principal queja expresada en reiteradas ocasiones ha sido la enorme dificultad cotidiana que tienen los hospitales, las clínicas, los prestadores y el talento humano por el no oportuno movimiento de los recursos dentro del sistema. Léase claramente: el no pago de los servicios de salud que fueron prestados adecuada, completa y oportunamente a los pacientes que acudieron a nuestros servicios. A pesar de las múltiples leyes, decretos, resoluciones y circulares, las entidades que deben obedecer y cumplir con los mandatos legales no lo hacen. A pesar de la reiteración de la denuncia y la repetida actuación de entidades de vigilancia y control, el asunto se ha tornado crónico. Las evasivas explicaciones cambian periódicamente: recientemente se da —supuestamente— por el no pago de unos presupuestos máximos; antes fue por los recobros, por las inclusiones; ahora por una supuesta insuficiencia de la Unidades de Pago por Capitalización (UPC); en otros momentos porque las cifras no eran coincidentes, porque la información no estaba completa, por la malla de validación, porque el formato no era, en fin... la amplia y muy creativa lista de motivos no puede disimular que a lo largo de los años las carteras están vencidas y se mantienen vencidas desde mucho antes de que los motivos se renueven. La cartera ya estaba vencida cuando teóricamente la UPC era suficiente; la cartera ya estaba vencida cuando no existían presupuestos máximos.

Este hecho crónico, creciente y refractario es muy importante en estos momentos cuando se

proponen cambios al sistema, porque el asunto no se circunscribe únicamente al flujo de recursos, hay otros hechos concomitantes que agravan el asunto y coinciden en afectar directamente al sector prestador. La actualización de tarifas es uno de esos hechos agravantes. Un análisis de cinco años recientes muestra que la UPC creció cerca de 30 puntos y el promedio de incremento tarifario para un grupo de prestadores reportantes apenas superó los 14 puntos. Este aspecto también tiene muchas innovadoras excusas y en esta vigencia ha llegado a límites no vistos antes: propuestas de decrementos cercanos a los dos dígitos; lo que algunos despistados califican como una compra inteligente, para otros es una simple y clásica extracción de rentas. No vale marco normativo: las circulares del Gobierno y las resoluciones atadas al incremento de UPC son leídas en los apartes que convienen y acatadas, en otros apartes son ignoradas. La conveniente discrecionalidad debería ser enfrentada con más rigor por los vigilantes, de eso no cabe duda.

Si miramos el nivel de autorizaciones de los últimos tiempos y el nivel de cumplimiento del recaudo llegamos a observaciones parecidas: grandes afectaciones o expectativas del sector prestador altamente incumplidas por la decisión unilateral de los hoy manejadores del efectivo de la salud. En esta lista debe nuevamente traerse el impacto severo que han dejado las EPS que se han ido del sistema por la vía de las liquidaciones. Tal y como se demostrara en un número anterior de *Hospitalaria*, se prestan los servicios completos, luego se aceptan algunas cuentas, se les hacen reconocimientos parciales y de esos se pagan apenas unos porcentajes marginales, lustros después.

El panorama anterior —que no es nuevo— se trae a este espacio porque es necesario que el Congreso y el Gobierno entiendan que el asunto

del manejo de los recursos, así como su tenencia, el momento y la manera de la concesión son aspectos cruciales para cambiar los incentivos y el estado de cosas actual en el sistema de salud.

Pero debe entenderse que esto no es solo un asunto de dinero y flujos de efectivo; no, esto tiene que ver con las correlaciones de poder al interior del sector. Los prestadores de servicios de salud sienten que por el diseño actual de posición dominante de unos actores que controlan tarifas, contratos, población, información y dinero es que se dan estos comportamientos. En concreto, sobre los prestadores de servicios institucionales y personales se han recostado otros actores y cómodamente sobre nuestros hombros avanzan causando estropicios, deteriorando la confianza y la necesaria concordia para mantener adecuadamente el norte común que es la buena atención de la población.

Los prestadores de servicios de salud vemos la necesidad de una buena reforma, como la oportunidad para equilibrar esas cargas de poder, para recomponer la administración de los recursos y para limpiar las competencias de forma tal que la conversación vuelva —o logre— concentrarse en los desenlaces sanitarios y no solamente en los embrollos administrativos.

P. D.: El plan extraordinario de liquidez propuesto por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) con sus componentes de giro directo universal, segundo tramo de liberación de reservas, nuevas operaciones de compra de cartera y de crédito, estructuración de un fondo de garantía, resolución de las dificultades frente al SOAT y cumplimiento de normas de incrementos tarifarios, es un puente, un mecanismo de transición y remedio coyuntural que puede darnos el tiempo y las condiciones para mantener la prestación y operación cotidiana del sistema y, simultáneamente, sostener una discusión legislativa con mejor suceso. Paliar la situación actual es un imperativo. Sin embargo, si bien el perfeccionamiento de una reforma siempre tendrá una gran expectativa, la coyuntura problemática es una realidad; los dos momentos se deben enfrentar simultáneamente. 