

REFORMA DE LA SALUD: Aun falta mucho camino por recorrer



Juan Pablo Uribe

Los conflictos de interés, la falta de claridad sobre la diferencia entre aseguramiento y prestación de servicios y la existencia de “colados” en el régimen subsidiado fueron tres problemas denunciados por el Viceministro de Salud, Juan Pablo Uribe, durante la VIII Convención Nacional, Seguros '98.

El funcionario, quien habló con mucha sinceridad y, a veces, con bastante autocrítica, sobre los antecedentes del sistema, sus avances y sus retos, afirmó que el desarrollo del sistema de Seguridad Social en salud no ha sido homogéneo.

“No hay problemas ni éxitos en todas partes, pero es curioso que en un mismo sistema hay instituciones y servicios que se han desarrollado de una manera muy adecuada y hay otros que enfrentan problemas muy serios. Es apenas justo que se hagan análisis individuales y que se deje de generalizar”.

ANTECEDENTES

Antes de adentrarse en la problemática actual del sistema, Juan Pablo Uribe hizo un breve recuento de los antecedentes que llevaron a la reforma de 1993.

Bajo el anterior régimen, la seguridad social en salud era administrada, mediante un monopolio estatal, por el Instituto de Seguros Sociales, ISS, sin vocación de cobertura universal, sin libertad para la elección del médico o la clínica que pres-

tara los servicios de salud y basada fundamentalmente en la medicina curativa. Dicho sistema se caracterizaba por ser inequitativo, ineficiente y de muy dudosa calidad, por lo menos para la mayoría de los colombianos.

“En vista de lo anterior, se buscó crear un sistema que generara un fuerte compromiso de solidaridad y equidad, basado en los subsidios a la demanda, y que garantizara cobertura a todos los colombianos”, dijo Uribe, antes de enumerar los cambios originados por dicha reforma:

- **La separación y especialización de los roles institucionales.** Este fue el principal cambio de la reforma. Aún así, señaló el alto ejecutivo, muchas instituciones han permanecido en una variedad de roles que generan conflictos de interés, no permiten la especialización y le trasladan un costo importante al sector salud, en términos de eficiencia.

- **La transformación del subsidio a la oferta en subsidio a la demanda.** Este ha sido un punto de discordia para algunos grupos de interés, que quieren mantener los subsidios a la oferta. Al respecto, Uribe fue enfático al decir que el Ministerio continuará la lucha a favor de los subsidios a la demanda.

- **La libertad de competencia y la libre elección.** Esto, en lo que se refiere a las instituciones administradoras y prestadoras.

“No hay
problemas ni
éxitos en
todas partes.
Por eso, es apenas
justo que se
hagan análisis
individuales y
que se deje de
generalizar”.

- **Mejoramiento continuo de la calidad y capacidad de gestión**, tanto de aseguradores como de prestadores de servicios. Es un resultado directo de la competencia y de la libre elección.

PRINCIPIOS DE LA REFORMA

La Constitución de 1991 sentó las bases par la reforma, al incluir el derecho a la salud y la universalidad como características básicas del sistema, además de los rasgos de solidaridad y eficiencia. La Ley 100 de 1993 recogió estos conceptos, además de la integridad, la unidad, la participación comunitaria y, quizás más importante, la libre elección.

“Son objetivos sociales que no hay que perder de vista, especialmente en estos momentos, cuando se observa una presión muy fuerte en contra de la Ley 100”, dijo Uribe. Como explicó, la aplicación de estos principios no siempre ha sido óptima.

Universalidad, que se desarrolla a través de una afiliación obligatoria, cobertura familiar y subsidios a la afiliación.

Igualdad, que se logra a través de una cotización con una misma tasa para todos. “En este punto, preocupa la gran cantidad de independientes que deben asumir sus propias cotizaciones, así como el valor de la UPC¹, que tuvo un dramático corte al iniciarse la reforma y que podría llevar a un progresivo deterioro del poder adquisitivo del sistema para poder garantizar los servicios que se prestan”, indicó el Viceministro. Así mismo, señaló que la aplicación del POS² no siempre es igual en todas las instituciones.

Solidaridad. El recorte en el gasto público afectó el aporte del Estado al régimen subsidiado. Esto, sumado al valor reducido de la UPC, las metas de cobertura, las variables macroeconómicas y la situación del país, llevó a un déficit frente a los cálculos iniciales y a que fuera necesario replantear las metas de crecimiento.

Eficiencia. Al respecto, el Viceministro de Salud recalcó que era necesario separar y especializar funciones, transformar subsidios, tener libre competencia y controlar el gasto total.

Espacios de participación en la comunidad. La reforma creó espacios de participación social importantes (Copagos, consultas ciudadanas, reuniones comunitarias, Juntas de Servicios, Comités de Veedurías y Juntas de Usuarios), que si bien se han dado, lo han hecho de una manera “muy débil e ineficiente”, según Juan Pablo Uribe.

PLANES DE BENEFICIOS

La reforma al régimen de salud comprendió varios ámbitos de aplicación, según los planes de beneficios que se otorguen a los individuos.

Plan de Atención Básica (PAB)

Este plan cubre a todos los habitantes del territorio nacional y comprende acciones de educación para la salud, prevención primaria y diagnóstico precoz de ciertas enfermedades.

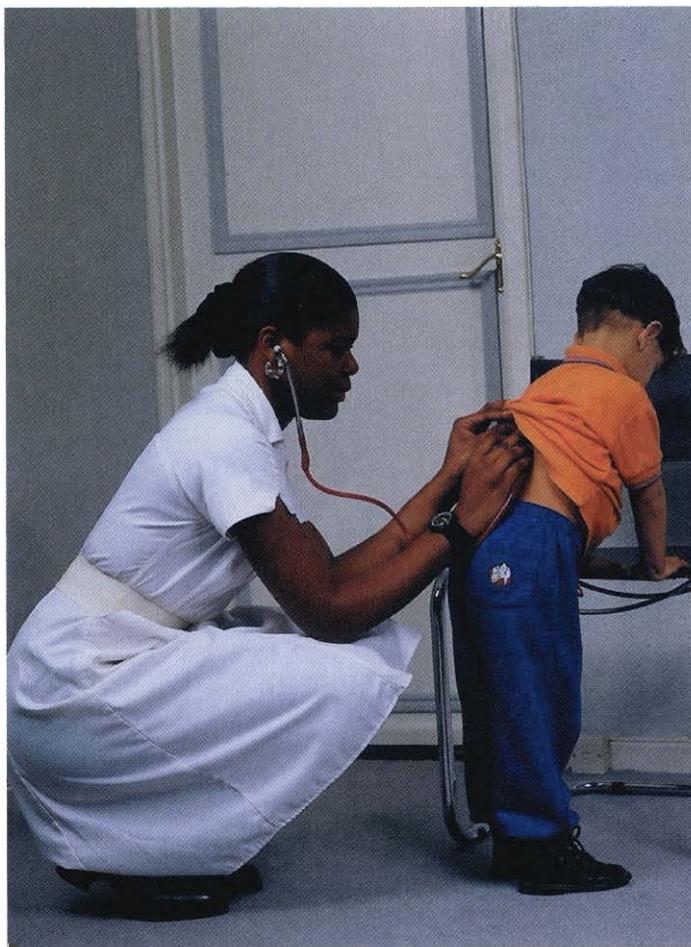
“Es una concepción integral de la salud pública. También es el único plan del sistema general de seguridad social en salud, cuya dirección, administración y financiación son estatales y cuyo ámbito de acción está definido por la división política y administrativa del país. En consecuencia, las acciones del PAB son obligatorias, gratuitas, estatales, territoriales y complementarias”, explicó.

Si bien este no es un punto directo de interés para los aseguradores, existe una preocupación muy grande en el Ministerio de Salud por la forma

cómo las entidades públicas lo han estado desarrollando, en el sentido que se ha observado un marcado deterioro de algunos indicadores de salud pública.

Plan Obligatorio de Salud (POS)

A Juan Pablo Uribe le llama la atención que dentro del Plan Obligatorio de Salud, se haga referencia al término “mínimo”, entendido como la lista *minima* de servicios que debe ofrecer todo prestador (IPS-ESS) a un usuario para garantizar la protección integral en la salud.



PLAN OBLIGATORIO DE SALUD conjunto mínimo de servicios de salud



El POS es la lista mínima de servicios que debe ofrecer todo prestador (IPS - ESS) a un usuario para garantizar la protección integral en salud.

Por ahí nace gran parte de la disparidad que se está presentando en la interpretación del Plan de Beneficios y el derecho a la salud de determinados usuarios, hecho que lo ha convertido en un tema un tanto polémico que, en últimas, también afecta la interpretación de los conceptos de igualdad y solidaridad.

Al respecto afirmó que “el derecho a la salud puede entenderse como ilimitado y tener unos costos desproporcionados por la presión de la tecnología médica” Por eso, cree que es urgente que el país en su conjunto (Aseguradores, Cortes, Ministerios, Superintendencias) haga una discusión juiciosa de cómo se está interpretando este derecho, ya que de continuar esta situación, el futuro del equilibrio del sector estará en serios peligros.

De hecho, es una discusión que se presenta con frecuencia en los sistemas de salud, que según algunos expertos, puede resolverse revisando casos particulares, en conjunto con las altas Cortes, los aseguradores y los usuarios, para ir desarrollando una especie de jurisprudencia sobre entendimiento y aceptación social del derecho a la salud.

POS y POS-S

Otro de los grandes retos es la convergencia entre el plan de beneficios del régimen contributivo y el plan de beneficios del régimen subsidiado. “Es un problema muy serio, relacionado con el déficit hospitalario. Es muy difícil dar este paso de convergencia cuando se está pasando por un momento complicado desde el punto de vista económico”, explicó el funcionario.

REGIMEN CONTRIBUTIVO

El Régimen Contributivo de Salud es aplicable a todos los trabajadores dependientes del sector privado y público, pensionados e independientes con capacidad de pago, quienes deben cotizar a la entidad promotora de salud, EPS, que elijan, la suma equivalente al 12% de sus salarios, ingresos o pensiones. En el caso de los dependientes, el empleador deberá aportar dos terceras partes de la cotización y el trabajador, la tercera parte restante.

Este régimen es administrado por las Entidades Promotoras de Salud, EPS, que podrán ser el ISS, las Compañías de Seguros de Vida que obtengan autorización previa de la Superintendencia Bancaria para el ramo, las Empresas de Medicina Prepagada, las Cajas de Compensación Familiar y las organizaciones Solidarias.

En 1997, había más de cinco millones de personas afiliadas al régimen contributivo en EPS diferentes al ISS, el principal asegurador en este régimen. Por su parte, el ISS reportó, a junio de 1997, tener más de nueve millones de afiliados, repartidos así: cerca de cinco millones de cotizantes y unos cuatro millones y medio de beneficiarios. “No hay certeza absoluta acerca del número de afiliados en el sistema. El ISS está asumiendo un costo muy alto para poder aportar información al respecto. Es algo sobre lo cual debe trabajar el sector”, afirmó el funcionario.

**Tabla 1
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS Y POS-S)**

POS Contributivo	POS Subsidiado
Promoción y prevención	Promoción y prevención
Maternidad y enfermedad general	Maternidad y enfermedad general
Todos los niveles de complejidad	Atención hospitalaria de menor complejidad
Enfermedades de alto costo	Enfermedades de alto costo

Tabla 2
EVOLUCION DE AFILIADOS AL REGIMEN CONTRIBUTIVO

	Dependientes	Independientes	Pensionados	Beneficiarios	TOTAL
1994	ISS+CAJAS	0	ISS+CAJAS	?	?

EPS DIFERENTES AL ISS

1995	360.000	49.604	16.081	682.905	1.108.590
1996	825.000	76.000	87.000	1.578.900	2.566.900
1997*	1.705.939	96.916	156.164	3.214.189	5.173.208

* Adicionalmente, el ISS reporta a Julio/97, 9.255.287 de afiliados (4.843.172 cotizantes y 4.412.115 beneficiarios)

REGIMEN SUBSIDIADO

El régimen subsidiado lo constituyen unos recursos que tiene el Fondo de Solidaridad y Garantía del sistema general de seguridad social, que busca garantizar un plan obligatorio de salud para las personas que no estén amparadas bajo el régimen contributivo.

Es quizás el tema donde más polémica existe. Como ya se mencionó, había una inequidad en la asignación de recursos que justificaba ofrecer esa cobertura para todas las personas desprotegidas y sin capacidad de pago. “Es posible que en la medida en que el porcentaje de dichas personas sea muy alto, de un 45 al 50% desvinculado al sistema, esta inequidad persista”, aseguó el Viceministro.

Los colados

El vocero del Ministerio de Salud se mostró muy preocupado porque los recursos que se le asignan al régimen subsidiado de salud no siempre le están llegando a los sectores más pobres de la población.

Según explicó, los integrantes del régimen subsidiado son los identificados por el Sistema de Identificación de Beneficiarios (Sisben) como Nivel 1 o 2, los indígenas, los colonos y los indigentes. “Sin embargo, ha surgido una quinta categoría de integrantes de este régimen,

llamada ‘colados’. Los hay de toda naturaleza, de estrato 5 y 6, con nombres de personas que han muerto o que tienen nombres repetidos. Para cada uno se está asignando una UPC que la debería tener un colombiano más necesitado.”

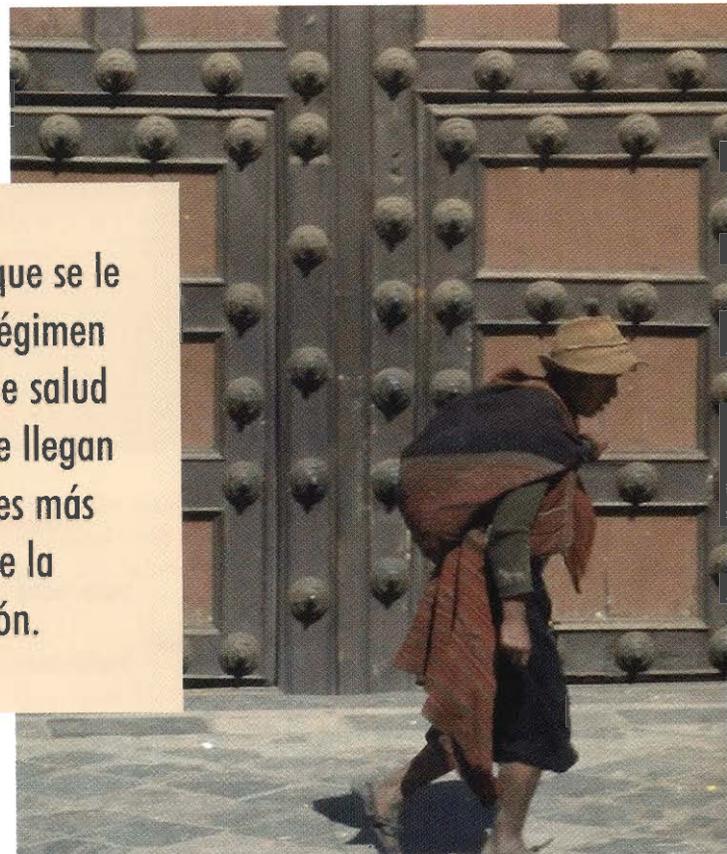
De hecho, es posible que existan algunos incentivos perversos, donde para

ciertas personas es mejor quedarse por fuera del sistema y acudir a la red pública como “vinculados”. Para el funcionario, esta es una razón más para presionar esa convergencia de los regímenes.

El problema de los infiltrados es bien conocido por las instancias pertinentes que, desafortunadamente, tenía detenido el segundo giro del régimen subsidiado, cercano a \$125.000 millones de pesos, precisamente en espera de las bases de datos que certificaban a cada uno de los usuarios. “De 1.070 municipios del país, sólo nueve cumplieron con la identificación de los beneficiarios en el Régimen Subsidiado, cifra que no llega al 1% del total”.

Advirtió que dada la gravedad del problema, se concretó un plan conjunto entre la cartera de Salud, la Superintendencia del ramo y las alcaldías, con miras a corroborar la asignación de estos dineros y asegurar que cada pago que se gire sea exacto.

Los recursos que se le asignan al régimen subsidiado de salud no siempre le llegan a los sectores más pobres de la población.



Financiación

La financiación del régimen subsidiado es francamente compleja, dijo el Viceministro, quien admitió que no logra entender de dónde viene la plata para este régimen. Según él, hay cuatro fuentes básicas, todas amenazadas: el Fondo de Solidaridad y Garantía y los recursos de los Municipios, de los Departamentos y de la Nación.

“Hoy por hoy, más que ampliar cobertura, buscamos mantener la que existe. Las subcuentas del Fondo de Solidaridad vienen agotándose, situación que seguirá igual si las tendencias macroeconómicas del país continúan. Igualmente, los recursos de Municipios y Departamentos se han venido deteriorando en los últimos dos o tres años. A nivel de recursos de la Nación, la Seguridad Social ha aportado al necesario ajuste fiscal”, comentó.

Problemas del régimen

Otro de los grandes problemas del régimen subsidiado es el gran número de entidades que operan en el mismo. Hay aproximadamente 130 Empresas Solidarias, casi 50 Cajas y cerca de 20 EPS que también actúan como Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS.

“El Ministerio de Salud considera que 260 ARS pueden ser demasiadas, ya que el volumen dificulta su vigilancia y control, seguramente se sacrifican las economías de escala y constituyen una amenaza al aseguramiento del riesgo”, aseveró.

Otra inquietud gira en torno a los altos márgenes de intermediación de las Administradoras en el régimen subsidiado. “En los últimos dos años, estos han estado por encima del 35, 45 e. incluso, el 50 por ciento del valor de la UPC. Lo que le llega a los prestadores de servicios, una vez sustraídos los 10 puntos de prevención y promoción, en ocasiones, es de apenas el 35 o 40 por ciento de ese valor”, dijo.

“Creo que en este régimen subsidiado se requieren aseguradores, al igual que en el contributivo, con las mismas exi-

Figura 1
INDICADORES DE COBERTURA - 1997

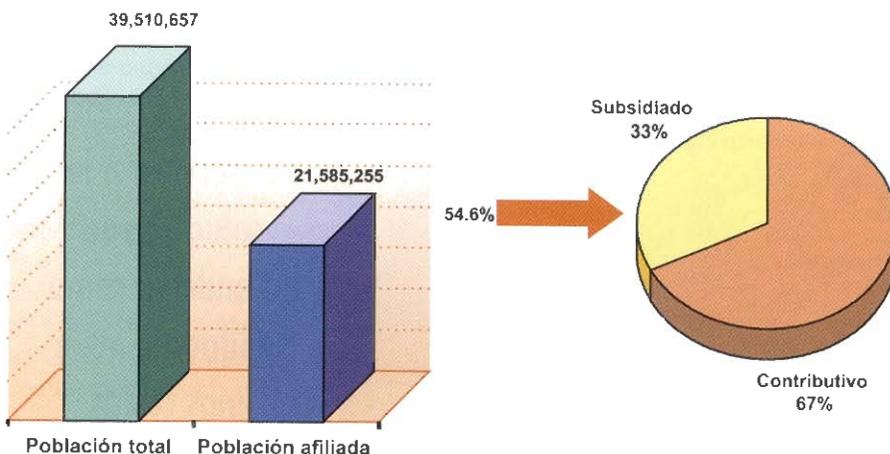
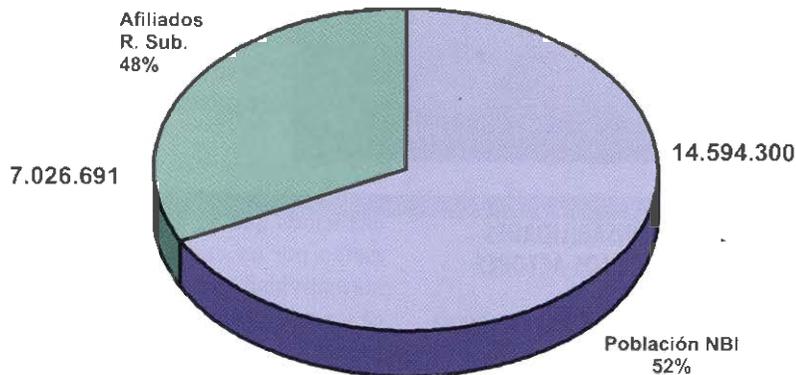


Figura 2
INDICADORES DE COBERTURA - 1997



gencias y garantías”, continuó. “Si bien hay muchos variables que se deben tomar en cuenta, es necesario elevar el nivel de exigencia del rol de los aseguradores en el régimen subsidiado. De lo contrario, estamos dando todo el espacio para que el contra-argumento de simplemente ‘desaparecerlas’ gane fuerza”.

Avances

En 1997 se afiliaron más de 7 millones de personas al régimen subsidiado (ver figura no. 4) y se asignaron recursos por 394.195 millones de pesos. Además, se fortaleció la descentralización.

Se ha creado el concepto de aseguramiento para los pobres, consagrándolo como un derecho, que no depende del trabajo ni de la gratuidad estatal. Aún así, persisten algunos problemas relativos a la comprensión del sistema, la utilización del Sisben (ya que este no es lo suficientemente sensible para las diferencias del país), la contratación y el flujo de los entes territoriales.

Hacia el futuro, el Ministerio de Salud considera que hay varios retos en este frente. Brevemente, incluyen: mantener y ampliar su cobertura, simplificar los procesos contractuales, evaluar y afinar el Sisben y el Plan de Transformación de Recursos de Oferta.



El derecho a la salud puede entenderse como ilimitado y tener unos costos desproporcionados por la presión de la tecnología médica.

RETOS Y RESPONSABILIDADES DE CADA UNO DE LOS ACTORES

Para finalizar, el representante gubernamental detalló las exigencias que hay que hacerle a todos los actores en el Sistema de Seguridad Social en salud.

Estado

El Estado debe generar los incentivos para la modernización de las instituciones y el desarrollo del recurso humano; velar por el cumplimiento de los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia; controlar la evasión y elusión, buscando crear incentivos que impulsen a las personas a ingresar al sistema; ejercer la vigilancia y control del sistema y liderar el proceso de transformación de subsidio a la oferta en subsidio de la demanda.

Igualmente, es importante que esta reforma tenga simplicidad y transparencia, dos

elementos que no se tienen en este momento por un exceso de complejidad y normatividad que simplemente entorpece y pone sobrecostos al sistema. El Estado también debe fortalecer su sistema de información, de tal forma que se puedan tomar decisiones oportunas e informadas. Finalmente, hay que buscar esa congruencia en la interpretación del derecho a la salud.

Patronos y trabajadores

La principal responsabilidad de los patronos y trabajadores es entender que hay que ser solidarios como colombianos, ingresando al sistema, ojalá sin evadir o eludir.

A su vez, los patronos deben garantizar un medio ambiente laboral sano, acatar las medidas de protección adoptadas y pagar cumplidamente los aportes al Sistema de Seguridad Social.

Administradoras: EPS y ARS

¿Cuál es el rol del aseguramiento en Salud? Hay que mirar aspectos como el recaudo de las cotizaciones, las conformaciones de las redes de prestadores, así como esa especialización de funciones que la ley pretendía al comienzo pero que luego se distorsionó. Los Administradores en los regímenes subsidiado y contributivo deben ser verdaderos garantes del aseguramiento de la población, del recaudo eficiente de las cotizaciones, control de la oferta de prestadores, y la calidad y oportunidad en la prestación de servicios.

El pago oportuno a las IPS es otra responsabilidad. Según Uribe, el problema de cartera sigue siendo grande, pues muchas de ellas tienen déficit presupuestal. Y en cuanto a las EPS, considera que se debe estudiar qué tanto se está haciendo en cuestiones de prevención y promoción, con lo cual es posible que se logren resultados medibles y costo efectivos.

Instituciones Prestadoras de Servicios

Las IPS deben modernizar sus estructuras de forma que presten servicios de salud con calidad y eficiencia, buscando la especialización; deben tener una mayor capacidad de gestión; desarrollar sistemas de control de costos que permitan racionalizar el gasto en salud y brindar atención basada en la equidad, calidad y oportunidad. Igualmente, se deben crear redes, tanto verticales como horizontales, de prestadores de servicios. Y en cuanto a los médicos, estima que hay que moverse un poco más hacia los grupos de práctica abiertos, que han sido muy exitosos en otros mercados.

Entes Territoriales

Los entes territoriales deben garantizar la interacción de los diferentes actores del Sistema y asegurar el flujo oportuno de los recursos financieros; desarrollar procesos de planeación participativa, para enfrentar en forma efectiva los problemas de Salud Pública y controlar el cumplimiento de los requisitos esenciales exigidos para los prestadores de servicios de salud.

Universidades

Las universidades deben planificar la formación del recurso humano de acuerdo con el perfil requerido por el Sistema y las necesidades del país, así como servir de multiplicador de las transformaciones sociales que se desarrollan en la seguridad social colombiana.

CONCLUSIONES

Para finalizar, el Viceministro de Salud tocó el tema de la situación actual del país. "Creo que en el debate que hay ahora sobre el déficit presupuestal en la red pública, hay mucho que contar".

En este momento, la posición del Ministerio es simplemente, "no generalicemos". El universo de instituciones públicas de segundo y tercer nivel, que son las que están afectadas, es delimitado y finito.

"Tenemos que ser capaces de hacer aproximaciones individuales que nos permitan encontrar la magnitud real del déficit presupuestal y las razones que lo pre-

cipitaron. Si se hace este ejercicio, obviamente se encontrarán algunas sorpresas, pero se logrará ser más justos en las decisiones finales. Se darán casos de instituciones muy buenas que, a pesar de haber hecho una excelente gestión, enfrentan déficits reales. Así mismo, habrá otras instituciones con déficits causados por decisiones inconvenientes o no ajustadas a su responsabilidad social".

Reconoció además que habrá que dar unos pasos no coyunturales sino estructurales para evitar que esta situación se siga repitiendo hacia el futuro. Ello incluye revisar la Ley 70, la Ley 344, el papel de los aseguradores (particularmente en el régimen subsidiado), los planes de beneficios y las interpretaciones que de él se hacen.

Finalmente, reiteró que el gran reto propuesto es consolidar el sistema general de Seguridad Social en salud fundamentado en los principios de la solidaridad, la equidad y la participación social como instrumento de redistribución de recursos, mejoramiento de convivencia pacífica y cali-

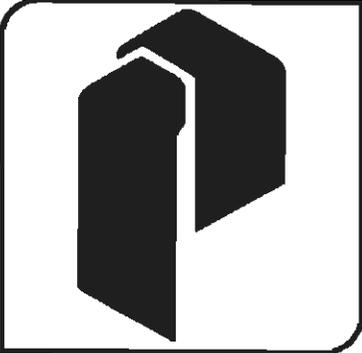
dad de vida, posibilitándose así el desarrollo humano sostenible. "Con eso, esperamos poder continuar en el desarrollo de los objetivos de la reforma de una manera más equilibrada", concluyó. **G**

1 Unidad de Pago por Capacitación (UPC)

– El valor que el sistema le reconoce a la EPS por la prestación del POS a cada afiliado o beneficiario. Este valor es fijado, de manera general, por el Consejo Nacional de Seguridad Social en función de tres variables: sexo, edad y región. A cambio de la UPC, la EPS debe prestar a sus afiliados o beneficiarios del régimen contributivo de salud, los servicios médicos, hospitalarios, de rehabilitación, etc., previstos en el Plan Obligatorio de Salud.

2 Plan Obligatorio de Salud (POS)

– Este plan es un conjunto de prestaciones asistenciales y económicas que las Entidades Promotoras de Salud, EPS, deben garantizar a sus afiliados vinculados al régimen contributivo. Dentro de las prestaciones asistenciales se encuentran los servicios médicos, de hospitalización y cirugía, medicamentos esenciales en su denominación genérica, etc., que las EPS deben otorgar a sus afiliados que sufran un accidente o que padezcan una enfermedad por riesgo común. Además, los afiliados al régimen contributivo también tienen derecho al pago de dinero de los subsidios por incapacidad temporal o por maternidad.



**REASEGURADORA
PATRIA, S.A.**

**REASEGURO EN TODOS
LOS RAMOS Y MODALIDADES**

Periférico Sur No. 2771 10200 México, D.F. Apdo. P. M-7836
 Fax: 595 0768 y 681 1883 Télex: 017-71-297 Tel. 683 4900