

La reforma del sistema de seguros de salud: una comparación de tres propuestas¹

Carlos Gerardo Molina
Juan Pablo Trujillo

El país vive un momento propicio para emprender una reforma de su seguridad social. El espacio lo ha abierto la nueva Constitución en donde se habla de la seguridad social en salud bajo los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. Los últimos meses han sido prolíferos en discusiones y análisis, enriquecidos con la polarización que en un comienzo presentaron tres propuestas de reforma, cada una liderada por instituciones íntimamente ligadas y sensibles al tema: el Ministerio de Salud, el Departamento Nacional de Planeación y el Instituto de Seguros Sociales. También de la extensa literatura y experiencia internacional que coloca a este tema como uno de los mas asiduamente tratados en los últimos años. La conclusión es que no existe un sistema de seguridad en salud perfecto, y que dentro de una extensa gama de posibilidades, lo más sensato es entresacar los elementos que resultan útiles y aplicables a nuestro medio, dándoles coherencia y respondiendo a los principios inclui-

bles que fija la Constitución. Como dice Peet (1991), "el mejor sistema debe olvidar la perfección y solo recoger ideas útiles donde se pueda".

Las discusiones fueron, en comienzo, más emotivas que objetivas, más de defensa o de ataque institucional que de búsqueda de una solución imparcial a las necesidades ineludibles de un naciente y todavía inexistente sistema de seguridad social en salud. El conocimiento del tema ha depurado muchos de los falsos malentendidos iniciales, aunque los principios que fundamentan cada una de las propuestas pueden seguir distanciándolas. Sin embargo, y esta es una de las conclusiones de este artículo, son más los puntos que acercan a las propuestas, y tan pocos los que las distancian, que el horizonte hacia el cual se quiere ir está, ciertamente, más despejado. Pero, al mismo tiempo, falta mucho camino por recorrer en la operacionalización de la propuesta, o combinación de propuestas, que se

¹ Este artículo es un resumen del estudio que con el mismo título elaboró Fedesarrollo durante los meses de marzo y abril de este año para las Fundaciones Corona, FES y Restrepo Barco, quienes a través de su Programa para el Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria, GEHOS, han impulsado decididamente la investigación en los temas de la salud.

escoja. El reto, como se verá, consiste ahora en darle un adecuado desarrollo a esa propuesta, de forma que desaparezcan muchos de sus vacíos actuales en financiación, organización y funcionamiento.

En este artículo se presentan algunos elementos teóricos que intervienen en la definición de un sistema de seguridad social en salud y se muestran de manera esquemática las características generales de las tres propuestas. Se presentan también algunas consideraciones generales sobre la viabilidad financiera de ellas y se adelantan algunas conclusiones. Para una mayor amplitud en la caracterización de las propuestas y su comparación, se sugiere acudir al informe que aquí se resume.

I. Elementos teóricos para tener en consideración

En la literatura existente se identifican algunos puntos fundamentales que deben ser tenidos en cuenta en todo sistema de salud. Estos son: problemas en la moralidad de los agentes que participan en el sistema ("problema moral" o "moral hazard"); problemas de selección adversa por parte de aseguradores y asegurados; problemas en el manejo de la tecnología médica, que puede llevar a aumentos inusitados en los costos médicos; existencia de economías de escala en la función de aseguramiento que genera la necesidad de intervención pública en el mercado y su no excesiva atomización; determinación de la naturaleza de los sistemas (públicos, privados o híbridos); existencia de sistemas y fondos únicos de aseguramiento; determinación de los sistemas óptimos de pago entre los agentes y determinación de las funciones de los agentes del sistema.

A. El problema moral (Moral Hazard)

Uno de los problemas más difíciles que afrontan los mercados privados de seguros de salud es el llamado "problema moral", que se evidencia en el uso excesivo e innecesario del servicio, por parte de los usuarios (demanda) y en el abuso respecto de la cantidad y costo de los servicios médicos ofrecidos por el proveedor (oferta). Es tal la fuerza de este problema, que en los países industrializados existe hoy la convicción de que la mayoría de los gastos adicionales en los servicios de asistencia, sobre todo si se trata de fondos públicos, corresponden a consumo innecesario.

En un enfoque microeconómico sencillo, que algunos denominan como el "Welfare Burden Analysis", en el cual se modela el mercado de los servicios de salud asumiendo la salud como un bien normal, ofrecido por firmas competitivas y maximizadoras de ganancias, adquirido por compradores asegurados e informados y cuya demanda es una función bien definida del precio, el "problema moral" se identifica con la elasticidad de la demanda. "El aseguramiento que reembolsa los gastos de salud disminuye el precio efectivo del servicio a los consumidores y ellos responden a esto incrementando su consumo... En este contexto, el problema moral surge de la existencia de imperfecciones en la información acerca del estado actual de la salud del usuario. Los seguros de salud compensan el gasto en servicios de salud y no las 'pérdidas' en el estado de salud del usuario como debería ser. Si los 'eventos de enfermedad' y las consecuentes necesidades de servicios de salud fueran fácilmente identificables, el 'problema moral' no aparecería, porque los pagos del seguro se basarían en los 'eventos de enfermedad' y no en los costos del cuidado (chap. 2)".

El problema se vuelve más complejo si se tiene en cuenta que no sólo pueden existir problemas morales por parte del usuario. También los proveedores de los servicios los presentan, ya que sus ingresos aumentarán si pueden darle al usuario mayores servicios, y más caros. Además, el enfoque del "Welfare Burden Analysis" parte del supuesto cuestionable de que se está ante consumidores informados. El usuario no siempre puede diferenciar entre servicios médicos necesarios e innecesarios, y su ignorancia debe ser suplida por el proveedor del servicio. Esto rompe el supuesto y principio del "Welfare Burden Analysis" de que la cantidad de servicios de salud consumidos depende totalmente y de manera inversa del precio del servicio. [Weisbrod (1991)]. En realidad, los proveedores de servicios no son perfectamente competitivos, ni maximizadores de ganancias, y ejercen un considerable poder sobre los precios y cantidades utilizadas en un mercado privado de servicios de salud.

Como plantean Stoddart y Barer (1981), la demanda por "episodios" de servicios médicos puede responder a los precios del servicio de manera convencional, pero cada "episodio" de servicio está fuertemente influenciado por el proveedor del servicio. Los consumidores pueden controlar la decisión inicial de buscar cuidado médico para un problema particular ("demanda por episodios"), pero tomada la decisión, la cantidad de servicios demandados responderá a las decisiones del médico.

Soluciones posibles al problema moral como el cobro directo al usuario, a través de franquicias o la reducción del cubrimiento del seguro (cubrimiento incompleto), han tenido efectos positivos en el corto plazo, pero no eliminan el problema en el largo plazo. Otras soluciones como

la monopolización de la función de aseguramiento, como en el caso canadiense, se ha tenido como exitosa al lograr controlar la utilización y la escalada de precios, aunque su éxito no puede atribuirse exclusivamente al hecho de monopolizar en una entidad pública la función de aseguramiento, sino en su capacidad de controlar tanto a los proveedores como a los usuarios. Así mismo, la forma de pago de los médicos a través de contratos de capitación (o pago por persona asignada) ha demostrado ser efectiva en limitar el problema moral en el lado de la oferta.

Así, el problema de diseñar un sistema óptimo de pagos en el área de la salud sólo puede ser abordado cuando se reconocen instrumentos de pago, tanto en el lado de la oferta como de la demanda, para lograr las metas sociales de eficiente utilización del servicio y minimización del riesgo financiero del usuario. La evidencia empírica muestra que las prácticas de pago del lado de la demanda y de la oferta influyen la utilización del servicio. No obstante, Ellis y McGuire (1990) encuentran que bajo ciertos supuestos, el sistema óptimo se logra sólo con políticas en el lado de la oferta, cuando existe un cubrimiento total para los consumidores y un sistema de pago mixto a los proveedores, con parte de pago retrospectivo (pago por capitación o por tarifas de servicios) y otra parte basada en costos. A igual conclusión llega Selden (1990), aunque bajo un supuesto bastante cuestionable, según el cual se asume que la persona encargada de pagar a los proveedores (asegurador, por lo general), tiene la habilidad de observar el tipo de riesgo del consumidor. Sin embargo, si se toma el modelo de Ellis y McGuire (1990) y se asume que la decisión de buscar tratamiento médico es modelada separadamente de la decisión referente a la intensidad de los servicios durante el trata-

miento (conclusión principal de Stoddart y Barer, 1981), una política de franquicias y deducibles en el lado de la demanda sería deseable como parte del sistema de pago.

B. Selección adversa

La selección adversa surge porque personas diferentes con diferentes tipos de riesgo tienen incentivos para comprar seguros de salud, y especialmente porque a las compañías aseguradoras no les da lo mismo ofrecer sus servicios a todo tipo de usuario.

La existencia de información imperfecta y asimétrica entre el comprador y el vendedor del seguro, característica de la imperfección de los mercados de salud, juega papel importante en la selección adversa. El comprador del servicio puede tener mejor información acerca de su riesgo de enfermarse de acuerdo a su estado de salud, que quien ofrece el seguro. A excepción del caso de accidentes, un consumidor puede por lo general predecir e inclusive decidir, cuándo y cómo utiliza el servicio de salud. En consecuencia, los aseguradores enfrentarían un problema de selección adversa por parte de los consumidores de seguros que utilizarían el seguro exclusivamente cuando lo necesitan, sin existir proporcionalidad entre la prima pagada y el riesgo que asume el asegurador.

Ante una situación como ésta, una compañía de seguros tendría dos opciones: fijar una prima única que se le cobraría a cualquier comprador sin importar su tipo de riesgo; o tratar de adivinar la demanda probable de servicios de salud del comprador y fijarle una prima. Ambas opciones tienen sus problemas: Si se fija una prima única, ésta no sería sostenible en el largo plazo, ya que a

través de ella se daría una redistribución ex-ante de los recursos recaudados entre las personas con menores riesgos hacia aquellos con mayores riesgos, de tal forma que las primeras evaluarían el costo del seguro con respecto a su posible demanda de seguros de salud y seguramente encontrarían que sería mejor no asegurarse. Los únicos incentivados a comprar el seguro serían aquellos cuya futura demanda de salud fuera mayor, o por lo menos igual, al costo de la prima pagada por el seguro. La única manera para mantener un sistema de prima única, sin que se presente un problema de selección adversa por los compradores, sería hacer el seguro obligatorio para todos, personas con pocos o grandes riesgos en su salud. El sistema de fijación de primas adivinando el riesgo del comprador tampoco es recomendable, ya que hace que el sistema sea supremamente injusto, imprevisible y potencialmente inestable.

De otra parte, la asimetría en la información entre usuarios y aseguradores no es total. Por un lado, los usuarios no siempre actúan racionalmente en el momento de comprar un seguro; por otro, los aseguradores poseen mecanismos para determinar de alguna manera, el tipo de riesgos de determinados grupos de población. Por lo tanto, pueden también darse problemas de selección adversa por el lado de los proveedores de servicios (oferta), los cuales tendrán incentivos fuertes para no asegurar a aquellas personas que puedan representar grandes riesgos en el futuro.

En la práctica, la selección adversa no extingue el aseguramiento privado, aunque lleva a una erosión de los sistemas de tasación comunitaria y a un nivel de cobertura que no logra la universalidad, tanto de la población a ser cubierta como de los servicios básicos. Los mercados privados de

seguros tienden a evolucionar hacia sistemas de cobertura de grupos con primas tasadas de acuerdo a la experiencia, en especial grupos de personas empleadas bajo la condición de que todo, o casi todo el grupo, acepte el aseguramiento, y hacia grandes deducibles médicos o políticas de cobros directos a los usuarios. En el largo plazo, hay consenso en que, en un sistema de aseguramiento privado la competencia incontrolada entre aseguradores lleva a la lucha por identificar aquellos grupos más saludables y que presentan menores riesgos, dejando a los grupos de más alto riesgo descubiertos, o cubiertos pero a altos costos para el usuario.

En conclusión, el mercadeo competitivo de los aseguradores privados lleva a una gran variedad de primas de aseguramiento por grupo, basadas en el tipo de riesgo del grupo. Esta diferenciación de primas no es propiamente una falla del mercado, aunque termina creando un problema social. Muchos de los posibles compradores serán dejados por fuera del mercado (selección adversa por parte del proveedor), ya que les quedará imposible pagar la prima que corresponde a su tipo de riesgo. Un mercado privado y voluntario de seguros es, por lo tanto, incapaz de lograr el objetivo de universalidad de los sistemas de salud. El caso más claro en este sentido es el modelo de los Estados Unidos.

C. Tecnología

El manejo de la tecnología juega un papel fundamental en el diseño de un sistema de seguros de salud. En los últimos años se ha dado un incremento dramático en el conocimiento y tecnología para diagnosticar y tratar diversas enfermedades, al mismo tiempo que el rol de los seguros de salud (públicos y privados) y el gasto en ser-

vicios médicos se han expandido impresionantemente. Todos estos comportamientos, sin embargo, no han estado desligados el uno del otro. El gran desarrollo tecnológico ha jugado un papel fundamental en la explicación del aumento vertiginoso de los costos médicos y de la compra de seguros de salud.

El problema moral de los seguros puede causar que los usuarios y los médicos sobre-utilicen los recursos dedicados al sector salud y que, por lo tanto, el gasto agregado en salud sea mayor cuando existe el aseguramiento, pero esto no explica el por qué el gasto en salud crece más rápida o aceleradamente. Un sistema de seguros de salud en expansión podría explicar en parte este misterio, pero no el por qué de la expansión del sistema de aseguramiento. "Algo tenía que estar cambiando y ese algo es el estado de la tecnología" (Weisbrob, 1991).

Si una enfermedad que no ha sido tratable médicamente, de repente se convierte en tratable, esto podría llevar a que el individuo se enfrente a un mayor e imprevisible gasto en salud para el tratamiento de aquella enfermedad. Por lo tanto, la media y la varianza del gasto en salud de un individuo asociado a esta enfermedad aumenta, lo que lleva a que la demanda por seguros de salud sea mayor. Sin embargo, no todas las tecnologías llevan a un aumento en los gastos esperados en salud.

De acuerdo con Thomas (1975), existen tres etapas del desarrollo tecnológico en un momento del tiempo:

1. No-tecnologías: Esta etapa corresponde a un pobre desarrollo en el conocimiento de una enfermedad, lo que lleva a un cuidado médico

con muy poca esperanza de éxito. El uso de esta tecnología no implica necesariamente un aumento en los costos esperados de salud.

2. Tecnologías medias: corresponde a un tratamiento posterior a la ocurrencia de la enfermedad que busca ajustarse a la enfermedad o posponer el momento de la muerte. Este tipo de tecnologías corresponde a tratamientos médicos muy costosos, como los trasplantes de órganos.

3. Altas tecnologías: corresponde a un verdadero entendimiento de la enfermedad y busca su prevención. Corresponden, por lo general, a tecnologías baratas como vacunas e inmunizaciones.

Si se piensa en un proceso dinámico en el cual el conocimiento pasa del primero de los tres niveles hasta el segundo y luego hasta el tercer nivel (y no en un momento del tiempo como lo planteó inicialmente Thomas), la función de costos asociada con una enfermedad en particular sería una U invertida (Weisbrod, 1991). Así, el efecto agregado del cambio tecnológico en los costos de salud dependerá, por lo tanto, del grado relativo en el cual las tecnologías intermedias estén reemplazando tecnologías inferiores y menos costosas, o estén siendo reemplazadas por tecnologías nuevas y más desarrolladas.

El crecimiento de los gastos médicos y de los seguros de salud, tanto públicos como privados, sugiere que en Colombia nos encontramos en un estado o etapa en la que prima el desarrollo de tecnologías intermedias.

El estado de la tecnología es una variable del sistema de seguros de salud, que depende del

estado del conocimiento científico en un momento determinado, de variables demográficas que afectan el tamaño de los mercados potenciales para nuevos productos médicos y de las influencias políticas que afecten el monto de recursos destinados a la investigación y desarrollo (I&D). Como lo demuestra Weisbrod (1991), "la cantidad de recursos que entran en el proceso de I&D, y su dirección, durante algún intervalo, depende parcialmente de los mecanismos que se espera utilizar para financiar la provisión de servicios médicos en períodos futuros, cuando los frutos de la I&D se hagan comercializables". Esto quiere decir que el sistema de aseguramiento y financiamiento de la salud afecta los incentivos que enfrenta el sector de I&D para desarrollar nuevas tecnologías médicas." La demanda que enfrenta el sector de I&D es derivada de la demanda que enfrentan los proveedores de los servicios de salud, sistemas alternativos de seguros y financiamiento tendrán efectos diferentes en el largo plazo en la demanda por innovaciones. En particular, los mecanismos de aseguramiento pueden diferir en los incentivos implícitos para la reducción de costos relativos al aumento de la calidad".

Como se verá, la escogencia del sistema de contratación de servicios médicos se convierte en un punto crucial en el manejo y operatividad del sistema. Un sistema de contratación de tipo retrospectivo (pago a los proveedores basado en los costos efectivamente incurridos), envía una clara señal al sector de I&D: "Desarrolle nuevas tecnologías que aumenten la calidad del servicio de salud sin importar los efectos en los costos". Un sistema de pagos de este tipo explica, según Fuchs (1986), "la rápida e indiscriminada adopción de innovaciones médicas" y (Nelson, 1972) "la propensión de médicos y hospitales para adoptar

casi cualquier nueva cosa -drogas, métodos de cirugía, equipos- que aumente la capacidad en cualquier dimensión... sin importar los costos".

En un sistema de pago prospectivo, en el cual los pagos al proveedor del servicio es exógeno a los costos incurridos por él, el mensaje es totalmente diferente: "Desarrolle nuevas tecnologías que reduzcan los costos, sin que la calidad del servicio sufra mucho". Ambas señales son totalmente diferentes; mientras que en un sistema de aseguramiento basado en pagos retrospectivos, el incentivo se dará para el desarrollo de tecnologías intermedias que aumentan la calidad del servicio sin importar su costo, en un sistema prospectivo los incentivos en el sector de I&D estarán centrados en el desarrollo de altas tecnologías, que reduzcan los costos sin sacrificar la calidad.

No obstante, la relación entre el estado de la tecnología y el sistema de aseguramiento no es de una sola vía. El estado de la tecnología también influye en el sistema de aseguramiento adoptado (Weisbrod).

D. Economías de escala

Una característica importante de los mercados de seguros de salud es que la función de aseguramiento está sujeta a economías de escala. El ejemplo clásico para mostrar este hecho es comparar el sistema de los Estados Unidos, con otros sistemas donde existe un monopolio público en el aseguramiento. El primero de estos sistemas presenta los mayores costos en salud con relación al PIB, y tiene un sistema mayoritariamente privado en el cual compiten diversas agencias aseguradoras por obtener el dinero de los usuarios. En el segundo sistema (Canadá o el Reino Unido), las diferencias son

bastante marcadas y los costos son mucho menores.

La razón teórica que explica estas diferencias es la existencia de economías de escala en el aseguramiento, la cual se sustenta en los siguientes hechos: los costos de operación son menores a mayores economías de escala, lo que lleva a que se cobren mayores primas en los sistemas donde existe mayor competencia en el aseguramiento; en un sistema con mayor competencia una parte sustancial de los costos administrativos se va en gastos de mercadeo y comisiones a los agentes de seguros (en un sistema de monopolio público estos costos son prácticamente nulos); existen deseconomías escondidas para los proveedores de servicios en un sistema más competitivo, debido a que tienen que negociar con un mayor número de agencias aseguradoras; y existe ahorro de recursos al centralizarse la recaudación de las primas, el pago a los médicos y el manejo de la información.

E. Público vs. Privado

En la literatura existen tres modelos básicos de aseguramiento en salud: Modelo mayoritariamente privado (EE.UU.), modelo mayoritariamente público (Beveridge), y modelo híbrido (Bismark).

Modelo Privado (EE.UU.): En este modelo el sector privado se encarga tanto de asegurar la salud, como de garantizar la provisión de los servicios. Eventualmente, para aquellos sectores que el sistema privado no alcanza a cubrir, el gobierno se encarga de asegurarlos (Medicaid y Medicare). Entre las características principales de este modelo se podrían enumerar las siguientes: la mayoría de los usuarios están ase-

gurados a través de sus trabajos (el empleador es quien paga el seguro); los costos del sistema son los más altos en el mundo, siendo las principales fuentes de inflación los sistemas de contratación con los médicos basados en pagos por servicios prestados, y las indemnizaciones astronómicas por demandas de mala práctica que han llevado a la práctica de la "medicina defensiva"; las exenciones tributarias de las primas de salud pagadas por el empleador (problemas en el comportamiento moral de los agentes); la calidad de su servicio es altamente estimada; es el líder mundial en innovación y nueva tecnología médica; y el sistema deja un creciente y gran número de personas sin seguro (problemas de selección adversa).

Modelo Beveridge (Inglaterra, Suecia e Italia): Por lo general los sistemas mayoritariamente públicos pagan los servicios de salud a través de impuestos generales y directos, o de impuestos a la nómina. La provisión de los servicios se hace a través de hospitales públicos y médicos asalariados, aunque pueden existir médicos independientes trabajando bajo contratos privados. Las características principales de este modelo son: su simpleza; pago a los médicos a través de presupuestos prospectivos; ineficiencia en la prestación de los servicios; existencia de largas listas de espera para utilizar los servicios hospitalarios; inexistencia de alternativas de escogencia; pocos incentivos para aumentar la eficiencia de los hospitales; los costos administrativos son bajos; la calidad es muy buena en los servicios de atención primaria, más no en la atención secundaria y terciaria; y, logran una mayor cobertura que los sistemas privados.

Sistema Bismark (Japón, Canadá, Francia y Holanda): En este sistema, que es un híbrido entre

el modelo inglés y el americano, la atención en salud es financiada públicamente a través de impuestos a la nómina por lo general, pero los servicios son ofrecidos principalmente por médicos y hospitales privados. La mayoría de los sistemas de salud de los diferentes países del mundo son sistemas híbridos. Sin embargo, como ya se ha hecho referencia, no existe un modelo perfecto en el mundo.

Existe consenso en que un buen sistema de salud nunca podrá ser exclusivamente privado o público. En el primer caso se desconocen elementos fundamentales de protección social que caracterizan el bien "salud" y conducen a situaciones que no son ni económica ni socialmente deseables, debido a protuberantes fallas del mercado. En el segundo, se presentan problemas de eficiencia en la asignación de los recursos y en la calidad de los mismos. El problema está en cuál debe ser la mezcla correcta.

F. Sistemas de pagos

En la literatura, el alcance de los paquetes de los seguros de salud y de los sistemas de contratación se trata, por lo general, bajo un mismo título: "los sistemas de pago". Sin embargo, se reconoce que ambos temas corresponden a enfoques diferentes del problema. Por un lado, el establecimiento de sistemas de seguros con una cobertura total o parcial de los costos incurridos por el usuario (franquicias, copagos, deducibles, etc.), corresponde a mecanismos de control de la demanda por servicios médicos. Por el otro, la adopción de diferentes sistemas de contratación entre aseguradoras y médicos, corresponde a mecanismos de control de los costos de la oferta de servicios médicos. De acuerdo al sistema adoptado se dan diferentes señales tanto a usuarios como a médi-

cos (también a los productores de ciencia y tecnología).

Como se hizo referencia, el control de los costos de los servicios médicos ha sido el principal foco de reflexión en el diseño de un sistema óptimo de seguros de salud. En una primera etapa, la principal medida adoptada para afrontar el problema fueron políticas de contención de gastos, que implicaban aumentar todas las formas de gastos compartidas con el paciente, imposición de toques a las prestaciones, fijación de precios para artículos y servicios de asistencia médica, reducción directa o indirecta de la estructura y del volumen de los servicios prestados (racionamientos), imposición de toques presupuestarios a las partidas de gasto en salud e introducción de sistemas prospectivos de contratación con los médicos. Sin embargo, el resultado final puede caracterizarse por la inestabilidad y temporalidad de los logros. Todas estas medidas han sido eficaces en el corto plazo, pero en el largo plazo han llevado a que sea necesaria la introducción de cambios estructurales en los sistemas de seguros, mediante la introducción de mecanismos de mercado que incentiven la eficiencia del sistema.

Este planteamiento se refleja claramente en los resultados encontrados por Selden (1990) y Ellis y McGuire (1990). Encuentran que el diseño de un sistema óptimo de seguros de salud, debe tener en cuenta tanto los mecanismos de control y eficiencia en el lado de la demanda por servicios médicos, como los del lado de la oferta. Ambos llegan a una misma conclusión: un sistema óptimo de seguros de salud es aquel en el cual existe una cobertura total del seguro ofrecido (ninguna franquicia o copago) y un sistema de contratación que es en parte prospectivo (capitación, por ejemplo) y en parte retrospectivo. Un sistema de este tipo fa-

vorece tanto los mecanismos que buscan contener problemas de comportamiento inmoral de los usuarios, así como aquellos que permiten e incentivan un servicio eficiente y de calidad por parte del proveedor. Sin embargo, los supuestos de cada modelo son bastante fuertes y si se introduce una función de demanda por servicios médicos que tiene en cuenta la conclusión fundamental del trabajo de Stoddart y Barer, (1981, demanda por episodios) el modelo arroja una solución óptima, en que es necesaria la introducción de franquicias o copagos como mecanismo de control de demanda.

1. Alcance del paquete del seguro de salud

Se han identificado dos problemas básicos en la determinación del alcance de un paquete de seguro de salud. Estos son los ya conocidos de selección adversa y de "moral hazard". Por un lado, el establecimiento de un seguro con una cobertura parcial de riesgos, con franquicias y copagos, es un mecanismo eficaz de promover la selección adversa si no existen mecanismos que impongan a las agencias la obligación de afiliar a cualquier usuario que se lo solicite. Como se vio, la introducción de mecanismos de copago favorece la existencia de mecanismos de autoselección de los usuarios, pero también ha demostrado ser exitoso en el control de problemas de comportamiento inmoral de los usuarios. El diseño de un sistema óptimo de cobro a los usuarios debe tener algún sistema de copagos, aunque éste no puede ser lo suficientemente grande que incentive la existencia de problemas de selección adversa. Debe consultar el origen socio-económico del usuario y el tipo de servicio -nivel de atención- ofrecido.

Complementariamente, pueden identificarse otros factores en la determinación del alcance del

paquete de salud. En primer lugar, los recursos públicos no son ilimitados y constituyen un obstáculo del alcance del paquete. En segundo lugar, debe existir un margen que de cabida al ofrecimiento de servicios complementarios, cuya adquisición depende totalmente de una decisión del usuario. Y en tercer lugar, no todos los recursos pueden destinarse a la parte curativa. Tienen que reservarse recursos a los aspectos de promoción y prevención.

2. Sistemas de contratación con los proveedores

Reiterando, los diferentes sistemas de contratación se clasifican en dos categorías: sistemas retrospectivos y sistemas prospectivos. Eventualmente, se habla del "sistema indemnity" planteado por Arrow (1963) y que en realidad es un mezcla de los dos anteriores. El sistema retrospectivo paga al proveedor con base en los costos incurridos. En el sistema retrospectivo se paga una suma independientemente de los costos incurridos. En sistema "indemnity" el asegurador paga una suma fija dependiente de las pérdidas sufridas, pero independiente de la magnitud de los costos de los servicios de salud efectivamente incurridos. El "indemnity" puede tomar la forma de un pago fijo por la pérdida de un miembro o la ocurrencia de una enfermedad.

Entre los sistemas prospectivos existen diversos sistemas que pueden representarse en los HMO'S y los DRG'S de los Estados Unidos. Ambos sistemas confrontan al proveedor con el incentivo de ser más consciente de sus costos, pero se diferencian en el alcance del incentivo. El sistema de los DRG's paga una cuota fija a los hospitales por cada diagnóstico hecho. Adicionalmente, el pago por cada paciente es complementado por pagos

adicionales para cubrir los costos de capital, lo cual incentiva a los hospitales a sustituir capital por trabajo. Además, al adoptarse un sistema de este tipo, los ingresos de un hospital siguen siendo una función del número de hospitalizaciones, lo cual es un incentivo para la hospitalización. El sistema de los HMO's se asemeja a los sistemas de capitación, en el cual se paga una suma fija por cada afiliado atendido. Este sistema genera una mayor responsabilidad contractual entre los agentes para proveer servicios médicos, que no sean simplemente tratamiento hospitalario. De esta manera se incentiva el uso de mecanismos menos costosos que la hospitalización y se fomenta el desarrollo de medidas de promoción y prevención, que disminuyan los costos de atención promedio por paciente. Sin embargo, este sistema presenta problemas de calidad, ya que muchas veces el proveedor sacrificará ésta para reducir sus costos.

La escogencia entre uno y otro sistema tiene sus ventajas y sus desventajas, aunque la utilización de los sistemas retrospectivos parece ser cosa del pasado. La utilización de cada uno corresponde a las prioridades presentes en un momento determinado. La utilización de sistemas retrospectivos responde a una sociedad profundamente preocupada por la calidad de los servicios suministrados, ya que como se vió, un sistema como éste envía señales a los productores de tecnología médica y a los médicos, de que pueden incorporar cualquier tecnología que mejore en algo la calidad sin importar su costo. Estos sistemas promueven esencialmente el desarrollo de las llamadas tecnologías intermedias, que son altamente costosas, muchas veces no agregan a la calidad de vida del usuario y atacan el problema cuando éste ya ha surgido (medicina curativa). No es gratuito, que EE.UU. tenga el sistema de tecnología médica

más desarrollado del mundo. Los sistemas prospectivos, por el contrario, le dan un mayor peso a los problemas de contención de costos, sacrificando a veces la calidad. Este tipo de sistemas prospectivos como el de capitación, promueven el desarrollo de campañas de promoción y prevención de la salud, que son poco costosas y muy efectivas en los índices de salud de la población.

G. Especialización de funciones

Las experiencias internacionales han mostrado que el diseño de un sistema óptimo de seguros de salud, requiere tomar en cuenta diversos factores que impiden los logros de los objetivos de protección social y eficiencia. Por esta razón, varios autores han planteado que todo esquema de seguros de salud debe lograr una especialización de funciones de dos agentes básicos del sistema: los aseguradores o administradores y los proveedores de servicios. La experiencia inglesa es muy ilustrativa al respecto. Después de muchas reformas han encontrado que el sistema requiere de una serie de pesos y contrapesos, que incentiven tanto a aseguradores como a proveedores a ser eficientes y al mismo tiempo a no actuar inmoralmemente ni a seleccionar adversamente a los usuarios (Van de Ven, 1991; Cichon 1992).

Es así como todo sistema debe ser desagregado en tres relaciones fundamentales: administradores-usuarios, proveedores-usuarios y administradores-proveedores. Cada relación opera de manera diferente, ya que existen diversas fuerzas a ser sopesadas. En particular, en la relación entre administradores-usuarios surge el problema de selección adversa, los problemas de solidaridad del sistema y los problemas de cobertura. En la relación entre administradores-proveedores, el

problema fundamental es del comportamiento inmoral de los proveedores y los sistemas óptimos de contratación. Por último, entre proveedores-usuarios el problema es el del comportamiento inmoral de los usuarios y el establecimiento de sistemas de copago o franquicias. Un esquema de seguros de salud debe tener una forma triangular, donde la buena relación entre cada vértice implica la operatividad y viabilidad del sistema.

II. Presentación esquemática de las tres reformas propuestas

A. Propuesta Instituto de Seguros Sociales

La organización propuesta por el Instituto de Seguros Sociales puede concebirse como un sistema en el que, por un lado, existe un Fondo Unico Nacional Público en quien recae la responsabilidad y el aseguramiento del sistema, agrupando recursos y riesgos para mantener la solidaridad, el equilibrio, el curso y los propósitos, y, por otro, un aparato de prestación de servicios, compuesto por un conjunto de organizaciones prestadoras de servicios personales de salud -que sirven de intermediarias entre los hospitales, los asegurados y el Fondo Unico- y los hospitales (Gráfica 1).

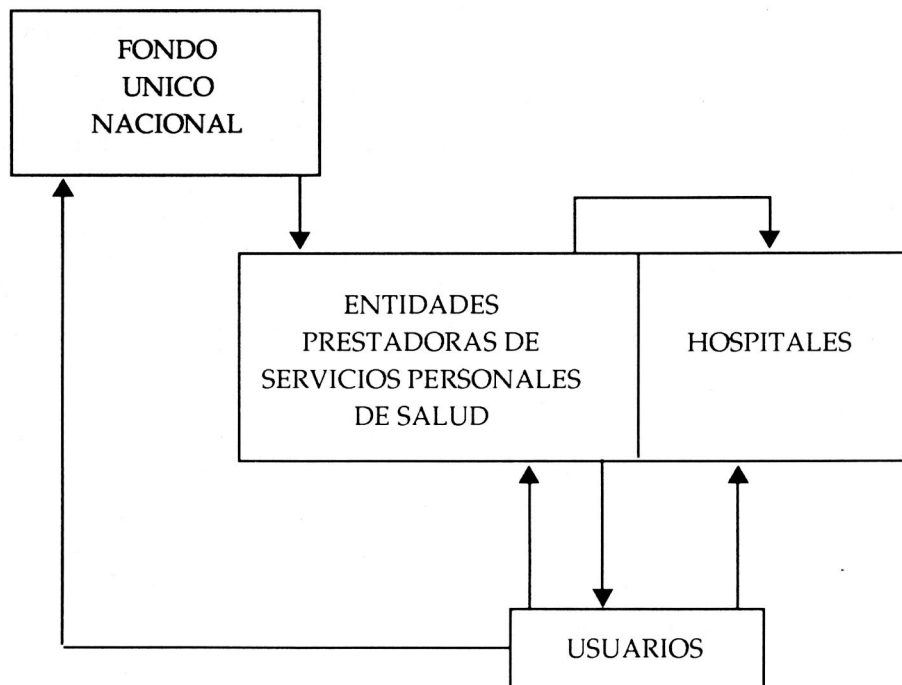
Como características del sistema se pueden señalar:

1. Características generales:

La competencia en el aseguramiento es totalmente indeseable, de ahí que se centralice en el Fondo Unico. Da lugar a la competencia en la prestación del servicio, con participación tanto del sector público como del privado. Se diferencian las labores de aseguramiento y ejecución: una cosa es la

Gráfica 1

PROPUESTA I.S.S



responsabilidad sobre el aseguramiento que recae sobre el Fondo Único y otra la de la prestación del servicio, que si puede tener un carácter abierto y competitivo; existe amplia solidaridad del sistema, tanto fiscal como parafiscal, entre regiones y distintos grupos de población. Esto solo se logra en un sistema en el que exista un Fondo Único, responsabilizado del sistema.

Se garantizan los servicios de promoción y prevención; se descentraliza para lograr una cobertura universal. A su vez, la universalización solo puede lograrse gradual y progresivamente; se promueve la empresarialización de las diferentes instituciones que participan en el sistema de

salud, universalizando ciertas reglas económicas y administrativas en forma independiente del carácter jurídico de la “empresa” que realice la actividad.

2. Qué ofrece el sistema

Creación del seguro obligatorio de salud integral (SOSI); todos los usuarios tienen derecho a un mismo paquete integral de servicios como lo ofrece el ISS hoy en día. Todos tienen iguales derechos, independientemente del monto de su contribución (solidaridad y equidad del sistema). El paquete debe tener cobertura familiar y cubre la atención básica obligatoria, servicios de hospita-

lización y especializados, pago de medicamentos y subsidios por maternidad y enfermedad en general. Se trata, en teoría, de un paquete de cobertura casi universal, su valor es de \$35.300, por beneficiario, en pesos de 1991. Permite libre escogencia por el asegurado de una organización prestadora de servicios.

3. Usuarios

Debe existir solidaridad entre diferentes grupos de ingreso: regiones, jóvenes y viejos, y entre sanos y enfermos; evaluación comunitaria del riesgo y no la evaluación del riesgo por grupos. La existencia de un Fondo Unico de aseguramiento permite trabajar con el riesgo promedio (comunitario), para así garantizar la solidaridad del sistema.

4. Proveedores

Toda organización prestadora de servicios ofrecerá un directorio médico y hospitalario y un paquete de servicios (nunca podrá ser menor que el paquete básico integral fijado por el Fondo Unico), al que podrá acceder cualquier usuario, teniendo la obligación de recibirlo. Hecha la escogencia por el usuario, éste quedará adscrito a la respectiva organización por un tiempo determinado; posibilidad de participación del sector privado, aunque replanteando su rol: para lograr universalizar el sistema, es necesaria su participación en la prestación de los servicios de salud, mas no en la labor de aseguramiento. Se reitera, el ánimo de lucro en el aseguramiento conlleva al problema de la selección adversa; competencia en la prestación de los servicios personales de salud: la competencia en la prestación del servicio mejora la calidad y racionaliza los costos.

5. Financiación y sistema de pago

La financiación del sistema es por contribuciones de los afiliados: asalariados 12% por familia, correspondiendo la tercera parte a los empleados y las dos terceras partes a los empresarios; independientes 12% por familia; informales cuotas fijas de \$1.200 por familia; aportes fiscales; cajas de compensación; ventas servicios, y Ecosalud.

Aporte al sistema de acuerdo con la capacidad de pago de los afiliados y no de acuerdo con el riesgo; existencia de subsidios a la demanda para aquellos que no pueden pagar el servicio; sistemas de contratación y formas de pago a los médicos: por capitación en cuanto a la promoción, prevención y atención básica ambulatoria; pago de tarifas por servicios de nivel secundario y terciario.

B. Propuesta Ministerio de Salud

La organización propuesta por el Ministerio de Salud se concibe como un sistema en el que, por un lado, existe una Dirección General y un fondo de solidaridad que mantienen el equilibrio, el curso y los propósitos y, de otro lado, un conjunto de agencias aseguradoras y de múltiples proveedores de los servicios, ubicados en un ámbito seccional y municipal (Gráfica 2).

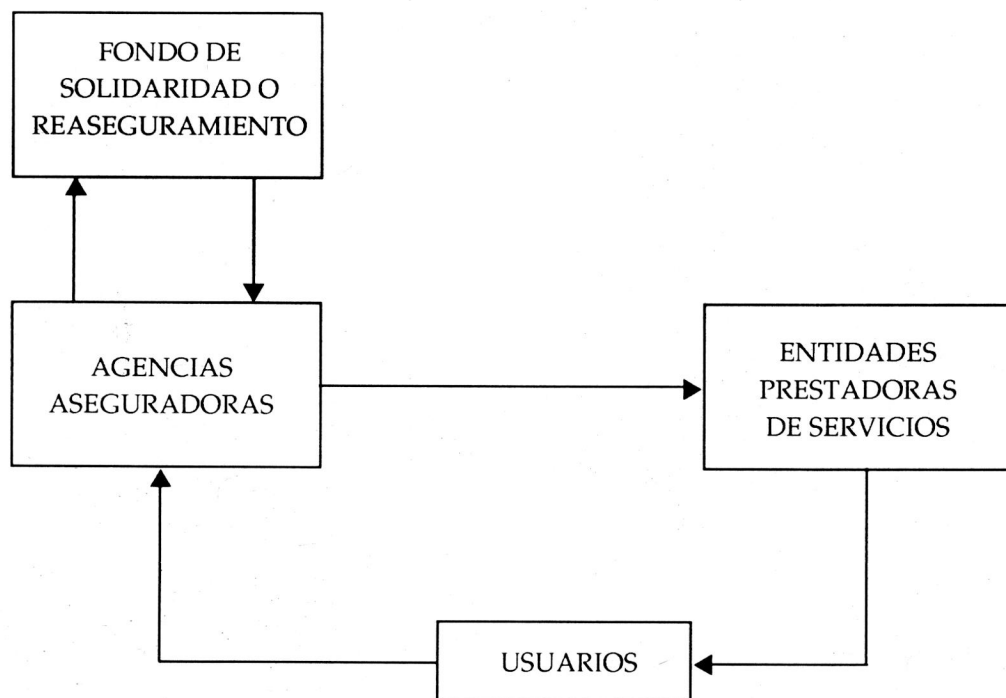
Como características del sistema, se pueden señalar:

1. Características generales

La propuesta se adecúa al esquema actual descentralizado del sector salud, en particular en su relación con los entes creados por la ley 10 de 1990. En consecuencia, es un sistema de salud

Gráfica 2

PROPUESTA MINISTERIO DE SALUD



descentralizado y municipalizado, en el cual todos los servicios de salud de los departamentos y municipios quedan bajo la orientación general de las autoridades públicas respectivas; el sistema está fundamentado en la cooperación entre el sector público y el privado, organizado en una estructura flexible y competitiva en un mercado regulado; el sistema es solidario, tanto fiscal como parafiscalmente; fundamenta el sistema de salud en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Es un sistema regulado tanto en el número de agencias del seguro según la cobertura, la población y el paquete de servicios, como en el desarro-

llo de normas de adquisición tecnológica; en el control de los costos administrativos de las agencias aseguradoras, los cuales no podrán ser mayores al 10% del valor de las cotizaciones (descontando el aporte al Fondo de solidaridad); en la determinación del paquete básico integral y formas de contratación y pago a los médicos.

2. Qué ofrece el sistema

Creación de un seguro o sistema de salud de afiliación universal y obligatorio; como servicio público, el seguro social de salud se conforma como un paquete básico integral semejante en todo el país, con las variaciones, ajustes y adapta-

ciones que se desprendan de las diferencias regionales y locales; libertad de elección por parte del usuario de las entidades aseguradoras y las prestadoras del servicio.

El seguro de salud consiste en un paquete básico integral de salud con cubrimiento familiar (puede ampliarse a otros familiares a través del pago de cuotas adicionales). Los servicios ofrecidos son: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, accidentes de trabajo y enfermedad profesional. Su valor fluctúa entre \$70.000 (atención básica de primera calidad) y \$115.000 (cubre todos los niveles) en pesos de 1991. Los seguros complementarios ofrecerían los servicios de gastos que excedan las tarifas; servicios no sustitutivos o no indispensables.

3. Usuarios

El sistema enfatiza en los objetivos de solidaridad y universalidad, cubre la atención básica gratuita para toda la población y el subsidio de la atención a la población que carece de recursos.

4. Proveedores

Tarifas basadas en costos estándar por tipo de procedimientos y sistemas de anticipos y reembolsos por servicios prestados y volumen de producción; servicios asistenciales en condiciones específicas: regulaciones salariales, capitación, facturas individualizadas, tarifas diarias por diagnóstico; y, además premios, incentivos o bonificaciones por eficiencia, uso adecuado de la tecnología costosa y calidad del servicio.

5. Financiación y sistemas de pago

Los recursos provendrían del situado fiscal, ren-

tas departamentales y municipales; cotización afiliados (10-12% por familia; 2/3 aporte del empleador y 1/3 aporte del empleado); aportes de jubilados del sector público y privado; aportes sector informal; franquicias, deducibles, cuotas moderadoras, etc; rendimiento financiero; excedentes económicos; seguros obligatorios de accidentes y Ecosalud.

Sistemas de contratación y formas de pago a los médicos: servicios de promoción y prevención a nivel local; pago según criterios establecidos por los respectivos programas de salud pública, su cobertura e impacto; servicios asistenciales (ambulatorios y hospitalarios).

C. Propuesta Departamento Nacional de Planeación

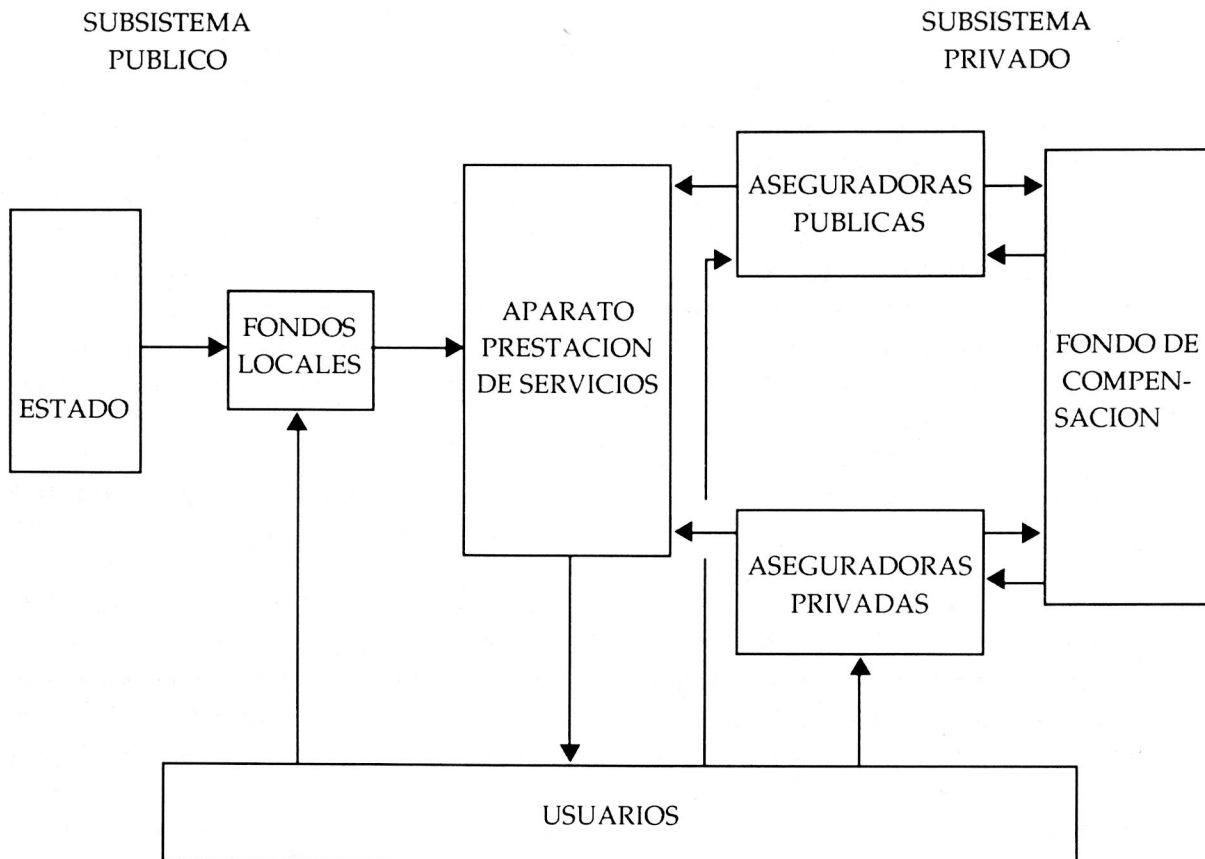
En la propuesta del Departamento Nacional de Planeación se plantea la existencia de dos subsistemas; público y privado. El primero se apoya y se organiza alrededor de los fondos seccionales y locales de salud, se ocupa de la población pobre del país y entrega un servicio subsidiado; el segundo se fundamenta en la medicina prepagada, regulada y en competencia, y se dirige a la población no pobre del país. Se entiende que en el largo plazo de debe ir hacia un único sistema que debe ser el del prepago competitivo y regulado (Gráfica 3).

Como características del sistema se pueden señalar:

1. Características generales

Los dos subsistemas son descentralizados y buscan adecuarse a las estructuras municipales, al menos en teoría; el énfasis está puesto en el au-

Gráfica 3
PROPUESTA D.N.P.



mento de eficiencia, siendo la competencia la herramienta por excelencia para impulsarla. Esta se hace presente con la existencia de múltiples agencias aseguradoras compitiendo entre sí para captar usuarios y para reducir los costos de servicios médicos.

Se busca un aumento de cobertura por dos vías: esperando que el subsistema oficial mejore su eficiencia y atraiga más usuarios; y, a través del subsistema de prepago que debe ofrecer un mejor

producto y facilitar las condiciones de ingreso a él; en todos los casos se busca subsidio a la demanda y no a la oferta, como ha sido tradición en el país; hay más desarrollo y claridad en la estructuración del subsistema privado que el oficial, por cuanto la ideología dominante es la del primero, en particular en lo que se relaciona con el énfasis en la competencia y en la eficiencia. Para el segundo subsistema no hay tanta homogeneidad y su ideología se subordina a la del subsistema prepago.

2. Qué ofrece el sistema

Se habla de un paquete mínimo obligatorio, con unos mínimos de calidad y de servicios. Los mecanismos para asegurar la obligatoriedad no se desarrollan suficientemente (el mercado y la separación de coberturas de los dos subsistemas se suponen elementos suficientes para ello). No se detalla el alcance del paquete, ni se presentan costos unitarios promedios del paquete. De las reuniones con los funcionarios del DNP, se colige que el costo unitario del paquete sería alrededor de \$200.000, pesos del 91, y su alcance es similar al que ofrece actualmente la caja de compensación, COMPENSAR.

3. Usuarios

Los pobres, con el apoyo de los subsidios estatales canalizados a través de los Fondos locales, pueden acceder a los servicios médicos-asistenciales. Su afiliación es obligatoria. Los miembros del subsistema prepago se afilian libremente a las aseguradoras, las cuales no podrán rechazar ningún usuario. Se penalizará la no afiliación a un sistema de seguros. La transferencia de usuarios entre compañías debe ser libre, aún con las preexistencias correspondientes. Al respecto deberá existir un buen sistema de información, que facilite la decisión de los usuarios, tanto para la inscripción como para el cambio de servicios.

4. Proveedores

El subsistema oficial presenta poca o ninguna regulación en cuanto a las agencias que en él intervendrían. Por el contrario, el subsistema privado debe ser regulado, en forma tal que las agencias aseguradoras trabajen con poblaciones interesantes en tamaño -se reconocen las econo-

mías a escala-, que los usuarios no puedan ser rechazados y puedan elegir libremente la agencia a la que se afiliarán. Se regula el agrupamiento de los usuarios, con el fin de agrupar riesgos. Así se puede regular la composición mínima de los asegurados de cada entidad aseguradora. Se regulan las condiciones mínimas de cada contrato: a) la compañía no podrá terminar el contrato unilateralmente, b) existe libre elección por parte del usuario de la agencia aseguradora. Las agencias no pueden rechazar ningún demandante y c) se regula la libre transferencia entre compañías, aún con las preexistencias correspondientes.

La atención de urgencias será obligatoria para todas las entidades hospitalarias, en los dos subsistemas e independientemente de la forma de pago; los actuales hospitales públicos serán entes con autonomía administrativa y patrimonio independiente. Los hospitales del actual sistema de seguridad social se constituirán en entidades independientes con patrimonio propio, personería jurídica y autonomía administrativa. Estos hospitales se podrán vender al sector privado o al público.

5. Financiación y sistemas de pago

Existe solidaridad fiscal y ella se vé claramente en el subsistema oficial. La solidaridad para-fiscal no es clara. Se introdujo, en su modalidad entre regiones, a través de un fondo de recaudo, que mas precisamente hace las funciones de un Fondo Nacional de Compensación. La solidaridad está presente, parcialmente, en un mismo grupo, pues los usuarios del subsistema privado pagan por cotización, recibiendo el mismo servicio.

La forma de pago es por costos estándar en lo que se relaciona con el nivel hospitalario (aunque

se deja un período de dos años para la transición, período en el cual se continuaría pagando por nómina) y por pago por familia inscrita en lo que se relaciona con la atención primaria; en todos los casos se reconoce la necesidad del pago de tarifas moderadoras o franquicias, como elemento de control al uso excesivo de los servicios médicos.

III. Viabilidad financiera

Las tres propuestas muestran de manera muy general y con base en fuertes supuestos, que los recursos de los que dispondría el sistema serían suficientes para cubrir adecuadamente, con un paquete mínimo de salud, a toda la población colombiana. Este hecho marca una importante diferencia con la situación de otros países por cuanto aquí, en principio, no habría que adelantar esfuerzos fiscales adicionales para alcanzar el cubrimiento y el servicio deseados. Sin embargo, debe anotarse que la sustentación financiera que hay detrás de cada una de las propuestas es superficial y basada en supuestos gruesos que pueden llegar a cuestionarlas. A continuación se resumen las tres sustentaciones y se mencionan sus problemas.

A. Propuesta del ISS

Desagrega la población en seis grupos -indigentes, desocupados, informales, independientes, asalariados no cubiertos y afiliados-, desagregación que resulta útil para poder conocer el origen de los recursos y poder canalizarlos convenientemente (Cuadro 1). Sin embargo, el peso asignado a los grupos que conforman la desagregación es cuestionable. No es claro, por ejemplo, por qué los indigentes participan con el 10% -la participación de la población en miseria en Colombia era del 22% en ese año-, o por qué la relación entre

familiares de cotizantes inscritos en la seguridad y los jefes cotizantes de cada grupo es cercana a 1, en tanto que el tamaño de las familias en Colombia implicaría una relación de 4 a 1.

Costos: El costo de atender a cada usuario, que es el mismo para todos los grupos de población, está calculado con base en el costo por beneficiario-ISS, que es de \$35.232 para 1.991. Si se adopta que el tamaño promedio de la familia colombiana es 5.2 y que a cada miembro se le asigna un costo similar, lo que es otra gruesa aproximación, el costo familiar propuesto por el ISS sería de \$183.000. Este costo esconde algunos problemas: no se refiere al costo del usuario-ISS, que resulta en la práctica muy superior dado el alto número de beneficiarios-ISS que no hacen uso del servicio. Esta subestimación se ve compensada, sin embargo, por el hecho de que los usuarios-ISS están sobre-utilizando el servicio, acudiendo a él con una altísima frecuencia. Tampoco es claro en qué cantidad pueden estar pesando las ineficiencias del ISS en la determinación de este valor. Así las cosas, este costo unitario no deja de estar apoyado en premisas cuestionables aunque, como se verá luego, no se distancia en demasía de otras estimaciones. Es de destacar que este costo cubre un paquete de salud sin limitación ninguna, tal y como lo ofrece en la actualidad el ISS.

Ingresos: En cuanto a los ingresos hay también algunas reservas. De una parte, el salario promedio con el cual se calculan los ingresos por cotización de los asalariados y también de los independientes, es bastante bajo: \$87.000 para 1.991. Si bien es cierto que ése fue el salario promedio de los afiliados al ISS en ese año, éste resulta bajo cuando se le compara con los promedios nacionales -el ingreso familiar fue cercano a \$120.000 según las encuestas de hogares y cercano a \$200.000 según

Cuadro 1
PROPUESTA ISS - ANALISIS FINANCIERO

Grupo No.	Cobertura Familiar Denominación	Población	100% Costo 1991 (\$ miles)	100% Posibles ingresos	Observaciones
1	Indigentes	3.297,817	116.190,337		
2	Desocupados Familiares	1.094,875 1.347,791	38.575,183 47.486,046		
3	Informales Familiares	4.701,818 5.787,938	165.656,803 203.923,525	67.606,179	Aporte por familia sin importar número: \$1200/MS
4	Independientes Familiares	1.175,454 1.446,984	41.414,183 50.980,864	176.035,991	Se calcula ingreso promedio: 2 Salarios Min (1991) Con Med. Fam. (Aporte 12%)
5	Asalariados no cubiertos Familiares	3.244,329 3.993,769	114.305,821 140.710,466	364.403,033	Se estima ingreso promedio: 1.5 Salarios Min (1991) Con Med. Fam. (Aporte 12%)
6	Afiliados Familiares	3.476,060 3.409,452	122.470,284 120.123,517	435.480,797	Salario promedio asegurado ISS - 91: \$87.000 Con Med. Fam. (Aporte 12%)
	Aportes fiscales			200.000,000	Se excluye inversión en infraestructura y ambiente
	Cajas de Compensación			40.000,000	Corresponde al 25% del total de ingresos destinados a salud
	Venta Servicios			72.000,000	Venía de servicios de los actuales hospitales públicos
	Ecosalud			50.000,000	Se estima el producido anual de ecosalud
Totales		32.976,287	1.161.837,029	1.405.526,000	
* \$35,232.50 por beneficiario					

Fuente: ISS, Propuesta para la prestación de servicios personales de salud dentro de la seguridad social. Febrero 4 de 1992.

la encuesta de ingresos y gastos-. Es claro que el promedio de los salarios del ISS está sesgado por lo bajo, quizá como producto de una subvaloración en ellos -subvaloración que se convierte en uno de los problemas cruciales pues ha sido recurrente en el país y que si no se maneja con cuidado puede llevar fácilmente a la desfinanciación del sistema, quizá por la forma como se tratan los salarios de mayores ingresos para los cuales existe un tope para su cotización -lo que ciertamente debe removerse-. Este valor es importante por cuanto es la fuente de buena parte de los ingresos al sistema, ingresos que se calculan con base en una cotización del 12% familiar, para los asalariados y los independientes, estos últimos supuestos con un ingreso promedio de 1.5 salarios mínimos. Se observa que la cotización familiar es independiente del número de miembros de la familia, lo que puede resultar inconveniente.

Dentro de los ingresos se incluyen parte de los recursos que van a las Cajas de Compensación (\$40 mil millones), lo que si bien es conceptualmente aceptable por cuanto éstas adelantan acciones en salud que deban integrarse al sistema, es aventurado estimar el valor de su aporte. A su vez, el cálculo por venta de servicios en los hospitales (\$72 mil millones) -que quizá mejor debería entenderse como venta de servicios en los tres niveles de atención- requiere también una justificación. Podrían provenir de un "copago" en el grupo de asalariados que en ese caso representaría el 14.5% del valor del resto del paquete, lo que es razonable. Los otros ingresos, fiscales y Ecosalud, aunque difieren ligeramente de las otras propuestas se mueven en el rango de las previsiones futuras sugeridas por Planeación Nacional.

Equilibrio financiero del Sistema: Con base en estos supuestos, los gastos de cubrir adecuada-

mente a toda la población serían de 1.160 mil millones y los ingresos serían de 1.400 mil millones. Los ingresos superarían a los egresos, lo que le daría viabilidad financiera a esta propuesta. Claro, todo ello basado en los supuestos gruesos ya aludidos.

El 12% de cotización familiar se mantiene con las mismas condiciones actuales y continúa siendo la principal fuente de ingresos, representando el 65% del total de ingresos. Estos recursos son muy superiores a los gastos que genera la población asalariada y darían pie a la discusión de si puede disminuirse o no la cotización para ellos -discusión que no se da en esa propuesta-. Sin embargo, no debe olvidarse que el excedente que ellos producen está en la base de la solidaridad parafiscal y del cubrimiento del déficit que presentan grupos como los informales. El hecho de disminuir, por ejemplo en dos puntos la cotización de los asalariados y manteniendo iguales todos los supuestos dejaría a los ingresos por encima de los egresos [cada punto de cotización representa \$82 mil millones], en tanto que la reducción en tres puntos dejaría los ingresos ligeramente por debajo de los egresos. En este orden de ideas, pareciera que el punto de equilibrio del sistema puede encontrarse con una cotización de alrededor de 10% por familia, y no en el 12% propuesto por el ISS.

De otra parte, es de observar que si se separaran los recursos según origen y destinación -que no es el caso de la propuesta del ISS por existir unicidad en el Fondo- se observa cómo el costo del servicio para los indigentes y desocupados, \$200 mil millones, quedaría cubierto totalmente con los aportes fiscales (solidaridad fiscal); los recursos de Ecosalud podrían cubrir parte del gasto requerido por los informales y el faltante se supliría gracias a la solidaridad parafiscal.

B. Propuesta Minsalud

La viabilidad financiera de la propuesta del Ministerio de Salud se basa en tantos supuestos como la del ISS. Apunta hacia la misma dirección: los ingresos cubrirían con suficiencia los gastos. Al respecto concluye: "El posible esquema de financiamiento cubre la atención básica gratuita para toda la población y el subsidio de la atención a la población que carece de recursos... Si el sistema se implantara de manera inmediata, el Estado estaría en condiciones de financiar el 63% del subsidio a los sectores con menores recursos. El resto debe obtenerlos de otros dineros públicos, por medio de criterios de reparto social (equidad y justicia redistributiva)"².

La estructura de población por grupos socio-económicos que es la base de los cálculos, a más del valor del paquete de servicios, presenta inconsistencias (Cuadro 2): allí se agrupa a toda la población en miseria del país (el 22.8%) y de la no-miserable pero con necesidades básicas insatisfechas, NBI, (22%), de manera separada de aquellos que aparecen asegurados al seguro social y que bien pueden tener las mismas características. De hecho, el 24% de los empleados y el 55% de los obreros caen en la clasificación de población con NBI³. Es decir, esa forma de agrupación es inconsistente pues no puede mezclarse una clasificación de necesidades insatisfechas con una de posición ocupacional como si ellas fueran independientes.

Cuadro 2
GASTOS SEGUN GRUPOS DE POBLACION,
MINISTERIO DE SALUD
Millones de \$ de 1991

Población	Número de Familias (miles)	Pago Particulares	Pago Estado	Total Pago
Medicina privada	700	49,000		49,000
Seguro social	1,982	138,740		138,940
FFAA	205	14,350		14,350
Subtotal	2,887	202,090		202,090
Miseria (95%)	1,397	4,889	92,901	97,790
NBI (65%)	1,361	33,344	61,926	95,270
NBS (40%)	484	20,328	13,552	33,880
Subtotal	3,242	58,561	168,379	226,940
Total	6,129	260,651	168,379	429,030

Notas: Los porcentajes incluidos en algunos grupos de población indican a cuánto ascenderá la participación (aporte) del Estado. El costo del paquete, calculado para la medicina privada es de \$70.000 (valor del paquete mínimo, sin hospitalización). El costo del paquete para los grupos de población en donde hay aportes del Estado es de \$112.000 (incluye hospitalización).

Fuente: Agudelo C., Desarrollo del Sistema de Salud, Anexo 2, Minsalud, Bogotá, julio 1991.

2 Agudelo, Carlos. Desarrollo del Sistema de Salud en "Desarrollo del Sistema de Salud en Colombia". Serie de Debate No. 1. Minsalud, Bogotá, julio 1991.

3 Rodríguez, J. A. Red de protección para los grupos vulnerables. Proyecto de Desarrollo Humano de Largo Plazo para Colombia. PNUD/Fedesarrollo. Bogotá, 1992.

Costos: Con base en el anexo 2 de esa propuesta se puede concluir lo siguiente: el paquete de atención básica familiar sólo del primer nivel, se estimó en \$70.000 de 1991. Este paquete asciende a \$112.000 cuando se incluyen algunas hospitalizaciones (embarazo, accidentes, enfermedad). Una cobertura total de hospitalización, no necesariamente deseable, supondría un costo adicional de \$142.000. Debe anotarse que la primera cifra para la atención básica no se fundamenta, en tanto que la segunda tiene un buen trabajo de estimación basado en las frecuencias y gastos de hospitalización presentados por el Estudio Nacional de Salud 1978-1980. Al comparar con el costo del paquete ISS (que para este año y para la familia se puede asumir en \$183.206), empiezan a aparecer diferencias importantes.

Este paquete básico unitario y bajo el supuesto de subsidiar en un 95% la población en miseria, en 65% la población con NBI y en un 40% la población con NBI -cuya estructura de población se presenta en el Cuadro 2- supone un costo total para el Estado de \$304.602 millones. No existe fundamentación de por qué se adoptan esos porcentajes de financiación aunque ciertamente tienen sentido. Este costo incluye además el gasto en atención básica gratuita a toda la población, que tiene un costo unitario de \$12.000. Ello es importante pues no debe olvidarse que el sistema debe también y prioritariamente destinar recursos para la prevención y promoción de la salud de toda la población. El cubrimiento de la población pobre resulta un 50% superior al del ISS, que fue estimado en \$200.000 millones pero sin incluir el paquete de promoción- prevención.

Ingresos: Las fuentes de recursos para estos servicios son: situado fiscal \$116.075 millones, Rentas Departamentales \$71.116 millones y

Ecosalud \$5.000 millones, para un total de \$192.221 millones. De allí que se afirme que el 63% esté cubierto con los actuales recursos fiscales. Debe observarse que la fuente Ecosalud está subestimada -puede ser en realidad del orden de \$40.000 millones- y que tampoco se dice nada de la fuente por servicios prestados que si bien no pueden entenderse como fiscales, sí contribuirían a financiar parte del faltante de este rubro. Como sea, para cubrir las necesidades de atención básica de la población habría que acudir a nuevos recursos que más que provenir de otras fuentes fiscales, deben venir de la solidaridad parafiscal, y concretamente del excedente que produzcan las cotizaciones del sector formal y pudiente de la economía.

En esto no es clara la propuesta de Minsalud: en ocasiones pareciera que habría que acudir a nuevas fuentes, en ocasiones se observa que con cotizaciones ponderadas bajas, los recursos de previsión serían suficientes tanto para cubrir ese déficit como para ofrecer un servicio adecuado a los cotizantes. En efecto, del costo del paquete, \$112.000, del cual se cubrirían por parte del Estado \$12.000 para promoción y prevención de toda la población, el restante del valor del paquete debe ser cubierto con cotizaciones. Se requeriría un total de \$198.000 millones para cubrir a la población asalariada (esta cifra surge de la multiplicación del número de familias afiliadas por el costo del paquete sin cubrir). Al respecto hay significativas diferencias con los gastos propuestos por el ISS, que suponía para el total de asalariados potenciales - grupos 5 y 6 del cuadro 1- un gasto de \$496.000 millones. Las diferencias tienen su origen en la no coincidencia del valor de los paquetes y de las propuestas de estructura de la población por grupos socio-económicos.

Equilibrio del sistema: Los recursos que generaría el subsistema de previsión serían, por su parte, de \$397.000 millones, bajo el supuesto de una cotización ponderada de 7.85% para los afiliados. El cálculo de este ingreso no es claro -empezando porque las cifras no coinciden con las presentadas en el cuadro de financiación que son demasiado bajas- y porque si se aplicara la cotización propuesta al número de familias que participarían del seguro (1.982 millones según esa fuente), se requeriría un salario familiar anual de \$200.000, 2.4 veces superior al propuesto por el ISS aunque cercano al propuesto por la encuesta de ingresos y gastos, para poder generar ese monto de recursos. Debe anotarse que el monto de recursos previstos por previsión alcanza tan sólo al 49% de los propuestos por el ISS, consecuencia del poco número de familias que cotizarían (la mitad de las propuestas por el ISS) y de la baja tasa de cotización. Con todo el sistema se financiaría y quedaría un colchón de \$118.010 millones, colchón que se triplicaría en caso de que se adoptase una cotización familiar del 12%.

C. Propuesta del Departamento Nacional de Planeación

La propuesta de Planeación Nacional es la que menos aventura, formalmente, los costos de su puesta en ejecución.

Costos: Se desprende de las conversaciones sostenidas con ellos que el costo del paquete básico de atención en salud que se ofrecería sería de \$204.475, por familia y en pesos de 1992, o sea \$173.000 en pesos del 91. Para la estimación de este paquete se utiliza una metodología similar a la seguida por Compensar, en la que se detallan los costos unitarios de cada uno de los servicios, que incluye la atención en los tres niveles, se fija

una meta de cobertura en cada caso -metas que carecen sin embargo de justificación- y con base en la frecuencia de demanda de cada servicio -basada en la experiencia-, se llega al costo final. De las tres propuestas, ésta es la más depurada para calcular el costo del paquete básico. El paquete parece, a su vez, bastante completo.

El gasto total de los servicios resulta de la multiplicación del número de familias colombianas por el costo unitario del paquete, más un 15% que correspondería a los gastos por administración en que incurrirían las aseguradoras. Este porcentaje parece bastante elevado. Con este supuesto el gasto de operación del sistema ascendería a \$1'220.000 millones, algo inferior al sugerido por el ISS.

Ingresos: Estos gastos se financian según se muestra en el Cuadro 3, que presenta tres escenarios diferentes. Estos se generan según el salario promedio que se adopte, que difiere según la fuente: Encuesta de Hogares, \$158.000; Cuentas Nacionales, \$240.000; Encuesta de Ingresos y Gastos Urbana, \$210.000. También con base en la tasa de cotización que de equilibrio al sistema, como se verá a continuación.

Equilibrio del Sistema: En todos los escenarios la cotización varía hasta que los ingresos logren cubrir los gastos (segunda línea del Cuadro 3). Este análisis no es, sin embargo, del todo cristalino. Si se adoptaran los ingresos que proponen las Encuestas de Hogares, \$158.000 mensual, la tasa de cotización debería ser del 12%; si se adoptara el ingreso de Cuentas Nacionales, \$240.742 al mes, bastaría con una cotización de 8.4%; en tanto que para los ingresos propuestos por la Encuesta de Ingresos y Gastos, \$210.000 mes, la cotización debería ser de 9.4%. Este ejercicio es útil, siempre

Cuadro 3
FINANCIACION DEL SISTEMA DE SALUD, D.N.P.
 (\$ de 1991)

	Encuesta Nacional de Hogares	Cuentas Nacionales	Encuesta Ingresos y gastos
Ingreso familiar promedio mensual	158,391	240,742	210,129
Cotización promedio por familia (1)	12,02	8,42	9,43
Financiación			
I. Rentas fiscales			
. Rentas seccionales	116,524	116,524	116,524
. Situado fiscal	145,662	145,662	145,662
. Ecosalud	39,200	39,200	39,200
. Subtotal financiación fiscal	301,386	301,386	301,386
II. Ingresos por cotizaciones	878,276	935,268	1047,251
III. Co-Pagos	61,122	61,122	61,122
IV. Total financiación	1240,784	1297,776	1409,759

Notas: 1) La cotización y el ingreso familiar promedio determinan los ingresos por cotización (II). El valor de la cotización resulta de modo que la financiación total (IV) cubra los costos totales estimados.

Fuente: D.N.P., Tabulados preliminares, marzo de 1982.

que se logre mostrar con mayor claridad cómo el modelo reacciona, y muestra la sensibilidad que existe hacia el ingreso promedio anual familiar que se adopte. Igualmente, hacia el número de asalariados con que se trabaje, en el cual aún no parece existir acuerdo.

Es de anotar cómo en todos los casos la cotización máxima para alcanzar el equilibrio es de 12% y la mínima de 8.4%. Ello da un rango en el cual puede moverse la cotización necesaria para que exista equilibrio en el sistema.

Algunas consideraciones adicionales: En materia de viabilidad financiera ciertamente falta mucho por precisar: son muchos los supuestos gruesos en cada una de las propuestas, no siempre consistentes entre sí. De las propuestas se

desprende que el problema no es de insuficiencia de recursos puesto que, adoptando un escenario pesimista, es decir manteniendo el esquema actual de aportes fiscales y de cotizaciones, y con un valor del paquete de salud promedio, los gastos se pueden cubrir con los ingresos resultantes.

Conviene, sin embargo, precisar algunos aspectos:

1. El paquete de atención básica (llámese básico, mínimo o integral) merece una mayor delimitación. Aunque con él no debe y no puede cubrirse todo - deben reservarse espacios para los servicios complementarios que sirvan de alicientes a la competencia y además los recursos son limitados-, su alcance debe cubrir los tres niveles básicos, y debe estar basado en una medicina y

tecnologías mínimas pero suficientes para curar la salud. Su delimitación está en el centro de la discusión. Su valor está en la base del equilibrio del sistema. El ISS propone un valor familiar cercano a los \$160.000, Planeación Nacional de \$170.000, y Minsalud de \$112.000, en pesos de 1991. Otras propuestas, sustentadas por la experiencia de la ejecución, como las de Compensar le asignan al paquete un valor de \$253.000 o de \$154.000 según el grupo de población atendido, o la de la Previsora \$38.400 persona o \$200.000 familia. No parece, pues, aventurado moverse alrededor de los \$170.000 familia/año.

2. Este costo unitario y buscando la cobertura universal, supone un gasto total del sistema de \$1.040 mil millones.

3. Las fuentes para financiarlos son diversas. Las fiscales aportarían alrededor de \$250 mil millones, suficientes para cubrir la población en miseria del país (cuyos costos serían alrededor de \$200 mil millones), lo que aseguraría la solidaridad fiscal. No debe olvidarse que buena parte de estos recursos deben destinarse preferencialmente a la prevención y no a la curación de la salud. La separación que se haga entre el sistema de previsión y del de salud no previsional será también un elemento importante para la determinación del monto real disponible para el primero de los sistemas.

4. Parte de los dineros por cotizaciones deberán reservarse para aliviar el déficit en recursos para cubrir adecuadamente la población pobre no miserable del país. La solidaridad parafiscal resulta necesaria. Esa cotización debe continuar asumiéndose por parte del empleador (dos terceras partes) y del empleado (una tercera parte).

5. El porcentaje de la cotización está por fijarse de modo que se alcance el equilibrio entre gastos e ingresos. Subsisten aún dudas sobre cuál debe ser el ingreso familiar que hay que utilizar y sobre el número de familias que cotizarían. Con todo, la cotización parece moverse alrededor de los 10 puntos.

IV. Conclusiones

El momento es propicio para lograr que la seguridad social en salud se vuelva parte integral y no marginal, como ha sido hasta el momento, de la sociedad colombiana. Sería desafortunado no mirar el horizonte de largo plazo y plantearse tan sólo reformas puntuales, sin duda también necesarias pero de menos trascendencia futura. El tema es complejo y hay que obrar con cautela. Así lo demuestra la innumerable literatura internacional. El sistema que se adopte debe contemplar gradualidad en su aplicación, debe ser flexible y cambiante con el tiempo. La experiencia debe ser uno de los principales alimentadores del sistema.

Asimismo, la baja cobertura del sistema actual, su baja calidad, su escasa eficiencia tanto administrativa como financiera, la falta de equidad en el uso de los recursos, son elementos de diagnóstico que hacen ver la necesidad de cambiar el estado de las cosas. Lo peor sería dejar todo como está. Hay consenso en que deben separarse los servicios económicos de los de salud, en que deben integrarse los subsistemas previsionales con los de salud. De la depuración de los elementos centrales de las propuestas que aquí se presentan, surge la caracterización que podría tener el sistema de seguridad social en salud de largo plazo.

Las tres propuestas apuntan hacia la necesidad de un cambio de fondo en el sistema de seguridad

social en salud. El sistema debe integrar los diferentes subsistemas que existen en la actualidad, en particular los de previsión y los de salud, diferenciando los servicios económicos de los de salud.

Se reconoce que el sistema debe ser descentralizado, flexible y mixto, permitiendo que sean los municipios quienes se den su propia organización y que en ella aparezcan participando tanto el sector público como el privado. Las diferencias empiezan a surgir según la preponderancia que se le asigne a uno u otro sector y la forma como éstos participarían. En todas las propuestas es claro que debe existir una regulación por parte del Estado sobre las agencias que participarían en el sistema, regulación que atañe la oferta del paquete básico de salud y no así de los servicios complementarios.

Un punto de fondo en la discusión es si las entidades privadas pueden o no participar en el aseguramiento. La propuesta ISS lo considera inconveniente, la del Ministerio de Salud la limita a entidades sin ánimo de lucro, y la de Planeación les da cabida siempre que sobre ellas exista regulación. La razón de las diferencias es que estando el lucro presente se pueden de un lado encarecer los servicios y, más que esto, empezar a jugar con la selección de los usuarios, los riesgos que se quieran asumir y los paquetes de los servicios ofrecidos. La discusión puede desvanecerse en la medida en que logre asegurarse que estos tres efectos se controlan y regulan.

Esto supone necesariamente la existencia de un fondo de reaseguro que logre compensar los desequilibrios que puedan surgir según los distintos grupos de población. Este Fondo debe ser único y de carácter público. Al respecto surge otra inquietud: si éste debe o no convertirse en el recaudador único de los recursos del sistema.

Ciertamente, y esa es la posición del ISS, el Fondo Unico Recaudador es la mejor herramienta para evitar la selección adversa y para que los diferentes tipos de solidaridad, en especial la parafiscal, operen. En la posición del D.N.P. y del Ministerio, las agencias aseguradoras podrían convertirse en recaudadoras sólo en el caso en que exista un adecuado control-empezando porque no puedan rechazar a ningún usuario-, y que los excedentes y déficit en que incurran las agencias aseguradoras fluyan adecuadamente hacia y desde el Fondo de Reaseguro. Todo ello supone un intrincado y complejo sistema de primas, regulaciones e información. Quizá el temor de no poder darle seguimiento adecuado a estos recursos es lo que lleva al ISS a sugerir un Fondo Unico de Recaudo. El reto está en conseguir mecanismos adecuados de control, de información y de seguimiento, necesarios tanto bajo la existencia de un Fondo Unico Recaudador como bajo la diversificación en el recaudo. Hay que tener presente que los efectos adversos son más importantes en el segundo esquema, en el caso en que los controles no operen adecuadamente.

El establecimiento de las primas que van a permitir los reaseguros, primas que deben explicitarse y en cuya determinación hay todavía un largo camino por recorrer, es otro de los elementos vitales para que cualquiera de los esquemas funcione. Tanto más cuando el mecanismo de contratación de los servicios médico-asistenciales es por capitación, como es consenso en las propuestas, al menos para la atención básica. Este vacío debe ser llenado rápidamente en el corto plazo.

Otra diferencia aparece en el papel asignado a las recaudadoras locales. En las propuestas de Planeación y del Ministerio ellas pueden y deben tener una actividad de intermediación entre los

usuarios y los prestadores de servicios médico-asistenciales. Esa actividad, por su carácter específico, requiere especialización y de allí que se hable de la necesidad de que sea emprendida por agencias especializadas para el efecto. El punto está en que las utilidades que ella genere por ese concepto no sean más que las de la administración. Bien diferente sería que su utilidad se basara en la actividad del riesgo, que es lo que distancia al ISS de las anteriores propuestas. Como ya se dijo, la regulación impediría que a este nivel se diera lucro por este concepto -que sí podría existir con los servicios complementarios-. Esta separación de funciones en donde se reconoce que la actividad de intermediación requiere especialización y que se debe pagar por ello -y no por riesgo-, es un elemento importante en la mejora de la eficiencia del sistema.

En el sistema deben reconocerse por lo menos tres agentes interactuando -usuarios, aseguradoras y prestadoras de servicio- y que buena parte del sistema y del acercamiento a la universalidad, está en la forma en que se dé esa triple interacción.

Los mecanismos de control y de asignación de recursos serán los que eviten la selección adversa y los que generen incentivos para que las agencias actúen con espíritu de competencia y eficiencia.

Algunos de los puntos en los que ya parece existir consenso son, de manera esquemática: Los incentivos se dan a la demanda y no a la oferta; debe existir competencia en la prestación de los servicios médicos y ellos pueden ser ofrecidos tanto por el sector privado como por el público; existe la necesidad de una buena regulación, tanto de las primas de reaseguro como sobre el paquete básico de servicios que se ofrezca, pero ésta no debe convertirse en una camisa de fuerza que impida que a nivel de aseguradoras se

dé la competencia y que los incentivos económicos operen; el lucro de esas agencias está basado en los servicios complementarios, aunque también recibirían dinero por la administración o intermediación que adelanten; la contratación de los servicios médicos del primer nivel debe hacerse por capitación en tanto que la de los otros por servicio prestado; las instituciones prestadoras de servicios médicos y particularmente los hospitales deben empresarializarse; el sistema debe operar, en la prestación y en la afiliación, descentralizadamente; no deben descuidarse las acciones de prevención y de promoción de la salud.

La puesta en marcha del sistema exige grandes retos, cuya adecuada solución es la que le dará viabilidad al sistema que se adopte. Ya se mencionó la necesidad de avanzar en la determinación de las primas que permitan las diferentes regulaciones del sistema; también en las tarifas que servirían de guías para que las agencias realicen sus contratos; en la obligación de profundizar en el equilibrio financiero del sistema, tanto en lo que concierne a sus fuentes, como a sus egresos. Esto último exige un mejor conocimiento de la población a atender y, claro está, de una delimitación del paquete de servicios de salud ofrecido; en la necesidad de generar verdaderos sistemas de control, que impidan por ejemplo la selección adversa, lo que conlleva el reto ineludible de generar adecuados sistemas de información; se ve la necesidad de lograr reconocer adecuadamente a los pobres y que éstos logren involucrarse al sistema; así mismo de diseñar mecanismos que logren atraer y afiliar a toda la franja de informales, si es cierto que se quiere avanzar en la universalización; en la necesidad de avanzar en las definiciones legales de forma tal que los nuevos entes propuestos se integren y adecúen a las estructuras del sector salud.