

Las reformas de salud en Colombia

Nelcy Paredes C.¹

Pocos sectores del país han tenido una transformación radical en su estructura institucional en los últimos 30 años. El sector salud, entendido como servicio público, promovido, fomentado, regulado e intervenido por el Estado, es uno de ellos. Después de varias reformas parciales y contradictorias, la Ley 100 de 1993 estableció un nuevo modelo de financiación, organización y prestación de servicios de salud, que permitió reemplazar al anterior diseño del Sistema Nacional de Salud y crear el actual.

Hoy, tenemos un sistema de salud que ha generado importantes beneficios. Es moderno, con garantía de servicio para todos los afiliados, altamente subsidiado para los pobres, con mayor cobertura y un esquema de financiación claro, basado en la solidaridad entre ricos y pobres y entre sanos y enfermos.

I. ORIGEN DEL SISTEMA

El origen conceptual de nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud surgió de los resultados de análisis e investigaciones, que desde mediados de los años setenta, empezaron a generarse como respuesta a la preocupación de los países desarro-

llados por los crecientes costos de la atención médica.

Este acervo de conocimiento empezó a influir desde 1987 la formulación de las políticas públicas del sector a nivel mundial, cuando la Organización Mundial de la Salud dedicó el tema central de su Asamblea General al financiamiento y cuando el Banco Mundial publicó dos informes sobre el tema en 1987 y 1993².

Actualmente, el análisis de los problemas de la provisión de servicios de salud es sujeto de la aplicación sistemática de conceptos y métodos económicos, porque tales problemas están relacionados directamente con la función primordial de la ciencia económica, la de asignar recursos escasos. Estas herramientas permiten mayor eficiencia al identifi-

¹ Vicepresidente Operativa y Financiera de ACEMI - Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral. Estuvo vinculada a Fedesarrollo como Investigadora Asociada en el año 1995.

² OMS (1987), "Economic Support for National Health for All Strategies". World Health Forum y Banco Mundial (1993), "Invertir en Salud", Informe sobre el Desarrollo Mundial.

car tecnologías de bajo costo y probada eficacia para prevenir las enfermedades o reducir la severidad de sus consecuencias. Así mismo, permiten identificar y eliminar la utilización de procedimientos médicos inefectivos, excesivos e innecesarios.

El análisis económico en salud evalúa el comportamiento de los mercados, tanto de aseguramiento como de prestación de servicios y sus interrelaciones, para generar mecanismos de regulación que permitan corregir las deficiencias que impiden que la población de menores recursos económicos pueda acceder a un nivel mínimo de servicios que impacte positivamente su estado de salud y los proteja adecuadamente desde el punto de vista financiero.

Se puede afirmar que la reforma a la seguridad social en Colombia creó un sistema que en su concepción y diseño tomó aspectos importantes de la economía de la salud. Ésta se estructura sobre la base de la teoría de la competencia gestionada o regulada de planes de salud, formulada por el profesor Alain Enthoven desde 1977³.

El concepto de "competencia gestionada" compatibiliza la importancia del papel de los mecanismos del mercado y la lógica de la competencia, con la regulación, buscando garantizar equidad (entendida como el acceso de toda la población a un conjunto mínimo y bien definido de servicios) en condiciones de eficiencia. Esto se logra, según Enthoven, cuando se minimiza el costo social de la enfermedad, incluido su tratamiento⁴.

La base conceptual del sistema es ahora más compleja. No se trata simplemente de un problema de

presupuestación de gastos de funcionamiento e inversión en la red pública de servicios. Se trata de estudiar las relaciones entre los distintos agentes del sistema y de medir los incentivos, positivos y negativos, a los que ellos responden, para definir las medidas de política que sean más adecuadas para el logro de los resultados en términos de un mejoramiento en las condiciones de salud de la población.

Según esta nueva concepción, el debate público-privado que nos ocupa en la actualidad, como opciones contrapuestas e irreconciliables, es simplista, desorientador y estéril. La elección entre provisión pública o privada debe ser un tema técnico y no ideológico, basado en la evidencia empírica sobre su eficiencia o en el resultado del juego de la competencia en condiciones reales de igualdad. Esto requiere aumentar la capacidad de elección del consumidor y crear una cierta competencia entre los proveedores, haciendo que sus ingresos dependan de su capacidad para atraer y satisfacer a los usuarios, tal como fue definido en la reforma.

II. APRENDER DE LA HISTORIA

Una revisión de los últimos cien años de la institucionalidad del sector permite concluir su alta inestabilidad, no sólo en el alcance de sus objetivos, sino también en su organización administrativa modificada en múltiples reformas.

La historia nos indica que a mediados de los años sesenta, hace 35 años, coincidente con el proceso de institucionalización de la planificación económica y social en el país, se gestó la primera gran reforma por medio de la cual se creó en 1975 el Sistema Nacional de Salud.

³ Enthoven, A (1977), "Consumer Choice Health Plan: an Approach to National Health Insurance Based on Regulated Competition in the Private Sector". Stanford University Press.

⁴ Restrepo, M (1997). "La reforma a la Seguridad Social en Salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada", Serie Financiamiento del Desarrollo, CEPAL, Santiago de Chile.

Éste buscó establecer una planeación centralizada que permitiera optimizar la oferta de servicios con el fin de extender la cobertura de la atención médica y el saneamiento ambiental a toda la población. Para ello, planteó la integración jerárquica de todas las entidades y organismos, públicos y privados, cuya finalidad fuera la de procurar la salud de la comunidad⁵. La responsabilidad del sistema quedó radicada en el Ministerio de Salud, quien debía dirigir los subsistemas de inversiones, información, planeación, suministros y personal. La ejecución de las acciones, tanto en atención a las personas como en relación con el medio ambiente, correspondió a los Servicios Seccionales de Salud en el nivel departamental, local y regional, según las decisiones que adoptara el nivel central del Sistema. Los sectores de la seguridad social y privado, aunque formalmente quedaron adscritos o vinculados al Sistema, respectivamente, nunca se ajustaron a las políticas emanadas del Ministerio de Salud. Este sistema, como organización institucional, no se consolidó y sus pocos logros se concentraron en el subsector oficial de salud en las áreas de personal, información y suministros⁶.

La segunda reforma se gestó a finales de los años ochenta cuando el Estado emprendió un camino contrario: la descentralización, que se consolidó como mandato Constitucional en la reforma de 1991. En estos años, se expidió la Ley 10 de 1990, que otorgó mayor responsabilidad a los departamentos para la organización y financiación de la oferta de servicios de salud y buscó promover la participación de las comunidades regionales y locales en las

instancias de decisión, asignación de recursos, planeación y gestión del sistema. Posteriormente se expidieron la leyes 60 de 1993 y 715 de 2001, que además de definir con mayor precisión las responsabilidades de los entes territoriales, les entregó la administración de los recursos del situado fiscal destinados a financiar la operación de la red pública de servicios y, por primera vez, les asignó importantes recursos, con destinación específica, a las acciones de salud pública de interés colectivo y a la cofinanciación de los subsidios a la demanda.

Finalmente, en 1993 el Congreso de la República adoptó una reforma radical a la organización del sistema de salud que involucró también a las instituciones de seguridad social y al sector privado. El foco de la política pública en salud, que se centraba en la financiación de la operación de los hospitales públicos sin importar sus resultados, denominados subsidios de oferta, se transformó hacia la afiliación a la seguridad social en salud bajo un esquema de seguro con solidaridad, que garantiza a la población, independientemente de su capacidad de pago, el acceso a los servicios de salud según sus necesidades.

La reforma de la Ley 100 de 1993 cambió el paradigma de la asistencia pública por el derecho de todas las personas a la protección de su salud en condiciones de equidad. Institucionalmente generó una integración horizontal de sus funciones básicas: rectoría, financiamiento y prestación. Se amplió la base financiera del sistema al tiempo que se buscó generar incentivos a la eficiencia y calidad de la atención a través de la competencia entre las entidades operadoras del seguro público, ya sean estas de naturaleza pública o privada. Con la expedición de la reforma, Colombia se planteó un nuevo esfuerzo para alcanzar las cuatro condiciones ideales de los servicios de salud: cobertura universal, equidad en

⁵ Vivas J, Tarazona E, Caballero C, Marrero N (1988), "El Sistema Nacional de Salud: Administración, presupuestación, gasto y financiamiento", Fedesarrollo- OPS.

⁶ Ibid, pagina 41.

el acceso, calidad y eficiencia de los servicios. Hay que perseverar hasta alcanzarlas.

Actualmente, nuestro Sistema de Salud es público en tanto conserva el monopolio del financiamiento y se centra en la búsqueda de la universalidad del seguro único de salud. Esto implica un alto componente de solidaridad financiera entre la población de diferente nivel de ingreso y condición de salud.

Como se ve, las reformas realizadas entre 1975 y 1990 modificaron la organización del sistema de atención de salud de la población pobre y se hicieron siguiendo las grandes tendencias de centralización y descentralización que adoptó la totalidad de la administración pública colombiana. Pero fue la de reforma de 1993 la que transformó radicalmente el sistema.

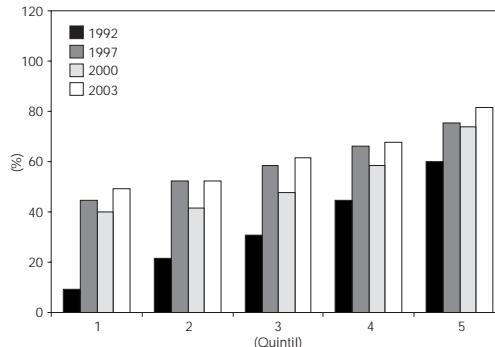
III. ALGUNOS DE LOS LOGROS DE LA LEY 100 EN SALUD

Al cumplir más de 12 años de aprobada la Ley 100, ésta muestra innegables avances en la consecución de los pilares del sistema: un servicio transparente, solidario, sostenible, digno y de calidad. Respecto de sus logros se podría afirmar que:

A. Las coberturas de la seguridad social crecieron significativamente

Mientras que en 1992, y después de 45 años de existencia, el ISS y las Cajas de Previsión Social solo lograron cubrir al 18% de la población (cobertura concentrada en los quintiles económicamente más ricos de la sociedad), hoy la reforma ha logrado la afiliación de cerca de 30 millones de colombianos, es decir 70% de la población, beneficiando principalmente a la población del quintil más pobre (cuya cobertura pasó del 9% a cerca del 50%) (Gráfico 1).

Gráfico 1. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN ASEGURADA POR QUINTILES DE INGRESO ENTRE 1992 Y EL 2003

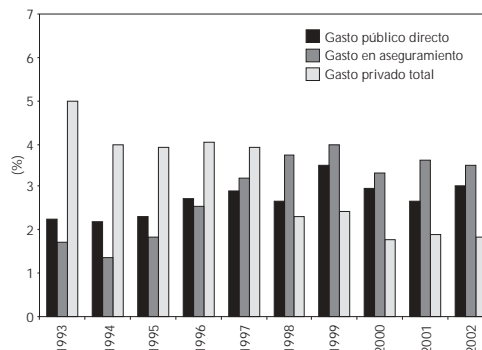


Fuente: Encuestas de Hogares DANE.

B. El gasto en salud se ha tornado más justo

En 1992 el 57% del gasto total en salud era un gasto de bolsillo y por tanto inequitativo. Hoy la situación se ha revertido: el 78% del gasto en salud es de seguridad social, que opera bajo el principio de la solidaridad, y sólo el 22% es gasto individual de bolsillo (Gráfico 2). El 41% de los subsidios a la demanda en salud se adjudican a la población del primer quintil y 82% a los tres quintiles más pobres.

Gráfico 2. EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB



Fuente: Departamento Nacional de Planeación, (DNP).

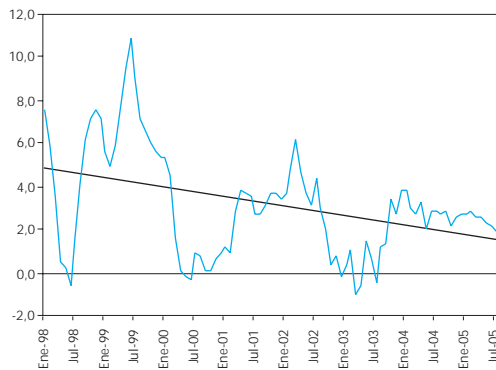
C. Se ha logrado dar un uso eficiente a recursos limitados

Se ha logrado dirigir los subsidios a la población más pobre y se ha controlado el ritmo de crecimiento de los costos en salud (Gráfico 3). Con un gasto en salud de 8,5% del PIB, alrededor de 160 dólares por habitante, se logra garantizar el acceso a un plan de servicios que cubre desde las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, hasta la atención de patologías de alto costo.

D. Los subsidios en salud ahora le llegan a los más pobres

Mientras que en 1992 el 58% de los subsidios en salud se asignaban a los quintiles 3-5 de la población⁷, hoy, de acuerdo a un estudio de Planeación Nacional de abril de 2005, el 63% de los subsidios en salud se asignan en los quintiles 1 y 2, mientras

Gráfico 3. DIFERENCIAL ENTRE EL IPC DE SALUD Y DEL IPC GENERAL



Fuente: DNP, Indicadores de *Coyuntura Económica*, cuadro 3 precios. Enero de 1998 y Julio de 2005.

⁷ Ministerio de Salud (1994), "La Reforma a la Seguridad Social en Salud" Tomo I.

que el quintil más rico de la población financia gran parte de tales subsidios (Cuadro 1).

E. Existe un mejoramiento en la evaluación que los ciudadanos hacen de las EPS

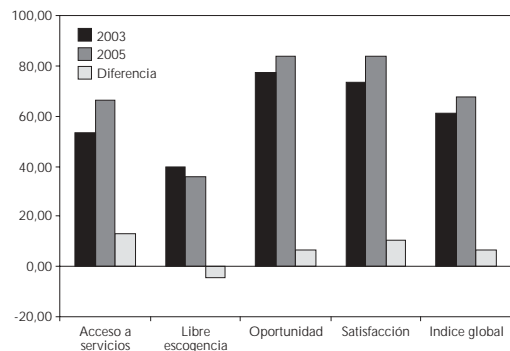
De acuerdo con las encuestas de la Defensoría del Pueblo de los años 2003 y 2005, en general la población tiene una buena aceptación del sistema y sus operadores. La última de ellas evidencia que, salvo en el tema de libre escogencia, existe un incremento muy importante en la calificación por parte los usuarios al compararla con la realizada en el 2003 (Gráfico 4).

Cuadro 1. TOMADO DEL CUADRO DE FOCALIZACIÓN DE LOS SUBSIDIOS NETOS

Quintil	1	2	3	4	5
Salud Subsidio + Oferta	34,1	28,9	19,3	12,3	5,5
Régimen Subsidiado	40,9	31,5	16,2	8,3	3,1
Subsidios de Oferta	27,8	26,5	22,1	15,9	7,7
Salud Régimen Contributivo	18,0	50,3	90,6	121,0	-179,9

Fuente: Misión contra la Pobreza DNP, 2005.

Gráfico 4. DATOS COMPARATIVOS DE LAS ENCUESTA DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO, AÑOS 2003-2005



Fuente: Defensoría del Pueblo.

IV. LOS RETOS DE LA LEY 100 EN SALUD

A pesar de todos estos logros, el sistema debe avanzar en varios frentes para mejorar efectivamente los indicadores de salud de la población.

En materia de cobertura debemos persistir en la universalización. Una vía sería lograr incorporar los independientes al régimen contributivo, con subsidios parciales a la cotización. También debemos incrementar el control a la evasión y elusión para disponer de los recursos suficientes para ampliar cobertura en el Régimen Subsidiado.

Se debe crear un plan de servicios bien definido, porque contrario a lo dispuesto en la Ley 100 y la base conceptual que la soporta, éste no existe. Los límites del POS (Plan Obligatorio de Salud), que están siendo desconocidos permanentemente sin que se haya realizado un análisis sobre la viabilidad de su financiación a largo plazo, deben ser informados e interpretados correctamente. La principal fuente de vulneración del POS está dada por los jueces, a través de la tutela o de acciones populares, que obligan a otorgar prestaciones sobre las cuales no existe evidencia de su impacto positivo en la salud de la población frente a los costos de su provisión.

Así mismo, los usuarios, influenciados por el médico tratante o la industria farmacéutica y hasta el mismo Estado, a través de conceptos o vía sanciones administrativas, han generado una ampliación del POS con una interpretación de la atención integral, que lleva a la incorporación, automática y sin evaluación, de tecnología de punta que el país no está en capacidad de financiar.

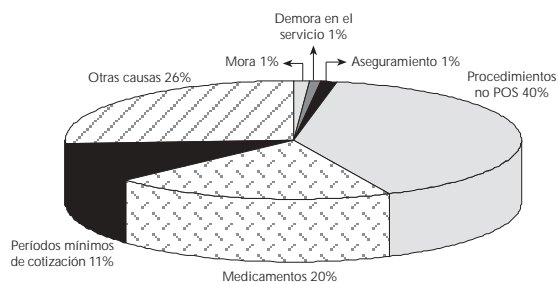
Un análisis de las tutelas otorgadas durante el 2003 a las EPS privadas asociadas a ACEMI (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral), indi-

ca que por este mecanismo se están otorgando servicios no prioritarios para la salud de la población que poco tienen que ver con la protección del derecho a la vida, tales como tratamientos de fertilidad, tratamientos para el crecimiento y cirugías estéticas (Gráfico 5). Algunas otras tutelas, aunque sí se relacionan con el derecho a la vida, obligan a tratamientos experimentales o en el exterior, que son demasiado costosos para el beneficio que reportan a la colectividad. Estos deberían ser financiados con recursos que el Estado destina a la investigación y no a la salud.

Otro grupo importante de tutelas busca eliminar los periodos mínimos de cotización, lo que obliga a las EPS y al sistema a prestar el servicio así el afiliado no haya cotizado las semanas mínimas requeridas, lo cual es un claro incentivo a la evasión.

El reto para el Ministerio de la Protección Social será el de establecer una metodología para la revisión periódica de los contenidos del POS, que permita seleccionar aquellos que mayor aporte ofrezcan a los resultados en salud al menor costo posible para el sistema, teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos en cada uno de los regímenes. Este

Gráfico 5. DISTRIBUCIÓN DE LAS TUTELAS ENTRE LAS EPS PRIVADAS (2003)



Fuente: 13 EPS privadas. Total 8.992 entre enero y diciembre de 2003.

ejercicio debe hacerse regularmente para evitar la presión de la tecnología de punta, para lo cual deben establecerse muy bien los límites y unas reglas claras para la solución de conflictos de interpretación.

El aseguramiento ha mostrado ser la estrategia para que la población pobre pueda tener un mayor acceso a servicios de salud, incluidos los de alto costo. Por tanto, entregar los recursos a las entidades territoriales es un error que ya vivimos y que no se debe olvidar. Para solucionar el problema del Régimen Subsidiado se debe primero definir la política hospitalaria de tal manera que la red que se justifique pueda financiarse a las tarifas con las cuales se define la UPC (Unidad de Pago por Capitación). Esto

implica readecuar la red eliminando aquellos servicios que no son viables y reforzando, incluso con inversiones en equipamiento y en gestión, los que sí lo son.

Esperemos que el debate no esté marcado por falsos dilemas ideológicos porque ello puede llevar a modificar sustancialmente un sistema que hoy está mostrando los mayores beneficios para los usuarios. El reto común de todos los actores del sistema debe ser la consolidación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para que refuerce y garantice que los elementos esenciales -un servicio transparente, solidario, sostenible, digno y de calidad- continúen siendo una realidad para todos los colombianos.