

**LA REFORMA DEL SISTEMA DE
SEGUROS DE SALUD: UNA
COMPARACION DE TRES PROPUESTAS**

**Estudio elaborado para el Programa para el Mejoramiento de la
Gestión Hospitalaria**

Informe Final

**Carlos Gerardo Molina
Juan Pablo Trujillo**

Santafé de Bogotá, abril de 1992

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

Presentación

I.	INTRODUCCION	1
II.	REVISION BIBLIOGRAFICA	2
	A. El problema moral ("Moral Hazard")	3
	B. Selección adversa	6
	C. Tecnología	9
	D. Economías de escala	11
	E. Público vs. Privado	12
	1. Modelo EE.UU.:	12
	2. Modelo Beveridge (Inglaterra, Suecia e Italia):	13
	3. Sistema Bismark (Japón, Canadá, Francia y Holanda):	13
	F. Sistemas de pagos	14
	1. Alcance del Paquete del Seguro de Salud	15
	2. Sistemas de contratación con los proveedores	16
	G. Especialización de funciones	17
	H. Referencias bibliográficas consultadas	18
III.	PRESENTACION ESQUEMATICA DE LAS TRES REFORMAS PROPUESTAS	19
	A. Propuesta Instituto de Seguros Sociales	19
	B. Propuesta Ministerio de Salud	23
	C. Propuesta Departamento Nacional de Planeación	29
IV.	COMPARACION DE LAS PROPUESTAS	34
	A. Operatividad de las propuestas	36
	1. Relación entre administradores (aseguradores) y usuarios.	36
	2. Relación administradores y proveedores	48
	3. Relación asegurados y proveedores	50
	B. Flujo de los recursos	51
V.	VIABILIDADES	52
	A. Viabilidad financiera	52
	B. Viabilidad política	59
	1. Propuesta ISS:	60
	2. Propuesta Minsalud:	63
	3. Propuesta de Planeación Nacional	65
	4. Consideraciones adicionales:	66
	C. Viabilidad administrativa	67
	1. Organización vigente del sector salud	67
	2. Propuestas	69
VI.	CONCLUSIONES	77

P R E S E N T A C I O N

Desde principios de 1991 se viene adelantando en el país un proceso de estudio y análisis sobre los problemas de nuestra seguridad y previsión social, con miras a formular las propuestas de reforma que viabilicen el mandato constitucional para lograr gradualmente una eficiente y solidaria "Universalización" de coberturas.

Las Fundaciones CORONA, FES y FRB, a través de su Programa para el Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria, G E H O S, en cumplimiento de su responsabilidad social, especialmente sobre aquellas áreas de trascendencia para la gran mayoría de los colombianos, buscan hacer aportes que apoyen una informada toma de decisiones al respecto.

Durante el tiempo mencionado, el programa GEHOS ha financiado algunos estudios y publicaciones que apuntan en dicha dirección, tales como:

- Estudio-Diagnóstico sobre el sistema de Seguridad Social en Pensiones, ejecutado durante el primer trimestre de 1991, por la firma "Hernando Zuleta y Asociados".

- "La Seguridad Social Frente a la Constitución Nacional", Publicación de las Memorias del Tercer Congreso Colombiano de Seguridad Social, Cali, Noviembre de 1991, en asociación con la "Corporación Olof Palme".

- "Reforma de la Seguridad Social en Salud", recopilación y edición de los principales trabajos de diferentes especialistas que fundamentan e ilustran algunas de las principales propuestas, para la reestructuración de nuestra seguridad social en salud. Esta reciente edición (Abril/92, Tercer Mundo), fue coordinada y financiada conjuntamente con la Fundación Friedrich Ebert de Colombia "FESCOL".

- Como un aporte adicional y complementario para el estudio de la reforma a la seguridad social en salud de nuestro país, las Fundaciones CORONA, FES y FRB, contrataron con FEDESARROLLO un primer análisis de los documentos y discusiones materia del debate para dicha reforma, estudio contenido en el presente volumen, el que presentamos para ilustrar y apoyar otros posibles estudios complementarios que necesariamente tendrán que adelantarse con miras a lograr mayor claridad y profundidad sobre el complejo y debatido tema de los seguros sociales de salud.

Con las anteriores consideraciones y con el ánimo que estos aportes le den eventualmente un nuevo aire al proceso de reforma de nuestra seguridad social, entregamos el presente estudio, que da un primer acercamiento al problema, aportando nuevos elementos de análisis para dicha problemática de la salud.

I. INTRODUCCION

El país vive un momento propicio para emprender una reforma a fondo de sus sistemas de seguridad social. El espacio lo ha abierto la nueva Constitución en donde, por primera vez, se habla claramente de la Seguridad Social en Salud bajo los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. Los últimos meses han sido prolíferos en discusiones, análisis y propuestas; el conocimiento del tema se ha enriquecido, rápida y decididamente, y hoy día las instituciones involucradas en el sistema de seguridad social, así como la opinión pública interesada en el tema, pueden abordar la discusión con madurez.

Estas discusiones se han enriquecido 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 más 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 ineludibles que fija la Constitución.

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 hoy día todavía inexistente sistema de seguridad social en salud. Ya no existen las causas iniciales de polarización, pues el conocimiento del tema ha depurado muchos de los falsos malentendidos, aunque los principios que fundamentan cada una de las propuestas pueden seguir aún distanciándolas. Sin embargo, y esta es una de las conclusiones de este informe, son más los puntos que acercan a las propuestas, siendo tan pocos los que las distancian, que el horizonte hacia el cual se quiere ir está, ciertamente, mucho más despejado. Pero, al mismo tiempo, falta aún mucho camino por recorrer en lo que concierne a la operacionalización de la propuesta, o combinación de propuestas, que se escoja. El reto, como se verá, consite ahora en darle un adecuado desarrollo a esa propuesta, de forma tal que desaparezcan muchos de sus vacíos actuales en financiación, organización y funcionamiento.

En este informe se comparan las tres propuestas mencionadas y se espera que de esta comparación se vislumbre el horizonte hacia el cual se quiere y se puede ir. Inicialmente se hacen unas consideraciones teóricas, pertinentes para la discusión y que son lugares recurrentes en la revisión bibliográfica. Luego se resumen de manera esquemática las tres propuestas, para inmediatamente proceder a compararlas bajo un esquema en que se visualiza el papel

asignado a cada uno de los agentes involucrados en el sistema. Finalmente se adelantan algunas consideraciones sobre la viabilidad de cada una de las propuestas, consideraciones que resultan generales puesto que el carácter de las propuestas al preocuparse fundamentalmente de hacia dónde se quiere ir y no sobre cuáles pueden ser los problemas que pueden resultar en ese camino, no permite avanzar mucho en el tema. El reto que se sigue en el corto plazo, como se dijo, será el de despejar los interrogantes que surgen alrededor de la puesta en ejecución de la propuesta o la combinación de propuestas que configuren el sistema de seguridad social.

Antes, no sobra adelantar algunos comentarios generales. 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 -mejor de los diferentes subsistemas-, 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.

II. REVISION BIBLIOGRAFICA

La reforma de la seguridad social y el diseño de un sistema óptimo de seguros de salud ha sido tema recurrente en los países desarrollados y en una gran mayoría de los países en desarrollo, en las últimas décadas. Mucho se ha escrito y hecho al respecto, y hoy en día no se puede decir que exista un sistema perfecto de seguridad social en el área de la salud en el mundo.

A pesar de que existe una clara identificación de los problemas que enfrenta el diseño de un programa de este tipo, no existe un consenso en las soluciones propuestas para los mismos. Los modelos propuestos solucionan algunos o la mayoría de los problemas enfrentados, aunque descuidan otros. Existen modelos mejores o más exitosos que otros, aunque no existe un modelo perfecto en el

mundo. Como dice Peet (1991), "el mejor sistema debe olvidar la perfección y sólo recoger ideas útiles donde pueda". Sin embargo, a pesar de que la perfección pueda ser una utopía, la optimización del sistema se puede lograr, y estará medida según el grado de éxito en la superación de los problemas que enfrenta todo sistema de seguros de salud.

En términos generales, la literatura sobre el tema es unánime en reconocer que el mercado de la salud no opera perfectamente y su funcionamiento presenta fallas y problemas, debidos fundamentalmente a la existencia de imperfecciones y asimetrías en la información y a las peculiaridades tanto de los agentes que participan en él como del bien que se podría denominar "salud" o "servicios de salud".

Es así, como en la literatura existente se identifican algunos puntos fundamentales que deben ser tenidos en cuenta y resueltos en todo sistema de salud. Estos son: problema en la moralidad de los agentes que participan en el sistema ("problema moral" o "moral hazard") que llevan a una ineficiente sobreutilización de los servicios ofrecidos; problemas de selección adversa por parte de aseguradores y asegurados que llevó a un sistema selectivo que deja por fuera a los grupos más pobres, necesitados y vulnerables; problemas en el manejo de la tecnología médica, ya que su desarrollo incontrolado 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")

Una de las fallas en los mercados privados de seguros de salud que ha recibido mayor atención de los economistas y planificadores ha sido el del "problema moral". Su origen está en el aumento desorbitante de los gastos de asistencia médica, que ha llevado, desde finales de los años ochentas, a agresivas políticas de contención de gastos en los diferentes países del mundo.

En los últimos cuarenta años, la política oficial de los países industrializados en materia de gastos de asistencia médica ha dado un giro completo: la convicción predominante a comienzos de los años sesenta de que si aumentaban los gastos previstos para los servicios de salud se mejoraría casi proporcionalmente el estado de salud de la población fue seguida por la creencia, a finales de los años ochenta, de que era probable que la mayoría de los gastos adicionales en los servicios de asistencia, sobre todo si se trataba de fondos públicos, diera lugar a un consumo innecesario.

De acuerdo a estudios realizados para los países de la OCDE y citados por Van de Ven (1991), del crecimiento real anual de los gastos totales en salud entre 1975 y 1987, el 21.4% puede explicarse por el aumento excesivo en los precios de los servicios médicos; 11.9% al crecimiento demográfico; y 66.7% a un aumento en la utilización de los servicios por habitante.

Este aumento excesivo en la utilización de los servicios médicos ha sido explicado a través del comportamiento "inmoral" de los agentes del sistema: la demanda de servicios de salud será mayor cuando exista un seguro que garantice el acceso a estos servicios que cuando el usuario tenga que pagar directamente el servicio. De manera sencilla esta diferencia de comportamiento se explica por el hecho de que el usuario cuando tiene que pagar directamente el costo del servicio, su demanda dependerá del precio del mismo y demandará una cantidad en que maximiza su bienestar sujeto a un presupuesto y precio dado. Sin embargo, cuando el usuario adquiere un seguro deja de percibir directamente el costo del servicio, no estando ya sujeto a un presupuesto dado, ya que el servicio lo paga un tercero. Para el usuario, en este caso, el precio del servicio deja de importar y sólo tendrá como limitante el cubrimiento del paquete de servicios que compró al asegurarse. Por lo tanto, para él el precio será cero y no habrá razón para que no demande todo el servicio de salud que pueda conseguir^{1/} (la demanda por servicios de salud se convierte en infinitamente elástica).

Es así como en este enfoque microeconómico y 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 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" (Chap. 2).

"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)".

^{1/} En este enfoque, no se utilizan servicios innecesarios en la medida que no contribuyen al estado de salud del paciente, sino que se utilizan aquellos cuyo valor es menor para el usuario a su verdadero costo de suministro.

Bajo estos supuestos, el diseño de programas óptimos de seguros de salud, que tienen en cuenta el problema moral, es tratado como un problema de balancear los beneficios de reducir el riesgo financiero del usuario contra los costos de la excesiva utilización del servicio. Debido a que la utilización del servicio se asume como resultado de decisiones de consumidores informados, los mecanismos sugeridos normalmente son diferentes formas de cobros directos al consumidor (deducibles, coaseguros, franquicias y otros cargos específicos que logren transferir en parte los costos del servicio al usuario).

El problema se vuelve más complejo si se tiene en cuenta que no sólo pueden existir problemas de moral por parte del usuario (parte de la demanda). También los proveedores de los servicios presentan problemas morales, 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)].

Como dice Chap. 2(1990), en la realidad, los proveedores de servicios no son perfectamente competitivos, ni maximizadores de ganancias, y ejercitan 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.

Es así como el concepto del problema moral se enriquece y se vuelve más complejo si se tiene en cuenta el comportamiento del proveedor del servicio, no siendo ya suficientes las soluciones que buscan atacar el problema exclusivamente por el lado de la demanda con cobros directos a los usuarios. Es evidente que cuando el problema de moral hazard surge por el comportamiento de los usuarios y proveedores éste es imposible de controlar en un esquema totalmente privado y competitivo de seguros (Chap. 2, 1990).

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.

Sin embargo, como afirma Ellis y McGuire (1990) 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 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 tratamiento (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 es un problema bastante diferente al problema moral, a pesar de que ambos pueden tener implicaciones similares para un asegurador privado que tiene una pequeña participación en el mercado. La selección adversa surge porque personas con diferentes tipos de riesgo tienen un mayor o menor incentivo 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 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, cuando y cómo utiliza el servicio de salud. En consecuencia, los aseguradores enfrentarían un problema de selección adversa por parte de los consumidores de seguros, ya que utilizarían el seguro exclusivamente cuando lo necesitan, sin existir proporcionalidad entre la prima pagada y el riesgo que asume el asegurador. De esta manera se estaría asegurando en su gran mayoría sucesos que tienen una probabilidad de ocurrencia muy alta y no se operaría con el riesgo promedio de la comunidad.

Ante una situación como ésta, una compañía de seguros tendría dos opciones: en primer lugar, fijar una prima única (community rating) que se le cobraría a cualquier comprador sin importar su tipo de riesgo; o en segundo lugar, 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 mantenible 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 aquellas personas con menores riesgos evaluarían el costo del seguro con respecto a su posible demanda de seguros de salud y seguramente encontrarían que sería mejor no asegurarse. Por el contrario, 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. En conclusión, la compañía aseguradora enfrentaría un problema de selección adversa por parte de los compradores de menores riesgos. 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; y, por otro, los aseguradores poseen mecanismos para determinar de alguna manera, aunque no sea individualmente, 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 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 (experience-rated group coverage), 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 y/o políticas de cobros directos a los usuarios.

Vender seguros a grupos de empleados tiene varias ventajas. En primer lugar, evita que los individuos decidan salirse del seguro a no ser que estén dispuestos a cambiar de trabajo. En segundo lugar, los costos administrativos se disminuyen. En tercer lugar, la población empleada es, por lo general, más saludable que aquella que no está empleada. En cuarto lugar, la experiencia por grupos puede ser monitoreada a través del tiempo, lo que puede permitir ajustar las primas de acuerdo a las características del grupo asegurado.

En el largo plazo, los diferentes autores que han escrito sobre el tema están de acuerdo 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 muy altos costos para el usuario.

Otra forma en que los aseguradores logran identificar los grupos de menores y mayores riesgos es llevándolos a que ellos mismos se auto-seleccionen en grupos con diferentes tipos de riesgo, a través del ofrecimiento de paquetes que no cubren la totalidad de los costos (deducibles y/o coaseguros). Teóricamente puede demostrarse que los grupos de menores ingresos estarán más dispuestos a comprar paquetes con deducibles y franquicias, mientras que los grupos de mayores riesgos preferirán que paquetes que tenga cobertura completa.

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 del mercado 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 servicios 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 de la expansión vertiginosa de los costos médicos y de la compra de seguros de salud.

Como afirma Weisbrod(1991) 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 (afirma Weisbrod) y ese algo es el estado de la tecnología".

Si una enfermedad que no ha sido tratable médicamente, de repente se convierte en tratable, ésto 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 y en su varianza. Así como algunas tecnologías pueden llevar a un aumento, existen otras que pueden disminuir, tanto los costos esperados en salud como su varianza.

De acuerdo a Thomas (1975) existen diversas etapas del desarrollo tecnológico en un momento del tiempo, y no todas llevan a un aumento en los costos esperados de salud y en su varianza. Estas son:

a) **No-tecnologías (nontechnology):** 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.

b) **Tecnologías medias (halfway technologies):** 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 corresponden a tratamientos médicos muy costosos, como los trasplantes de órganos.

c) **Altas tecnologías (high technologies):** Corresponden a un verdadero entendimiento de la enfermedad y busca su prevención. Corresponden, por lo general, a tecnologías muy baratas como vacunas e inmunizaciones.

Si se piensa en un proceso dinámico en que el conocimiento tiende a crecer desde el primero de los tres niveles hasta el segundo y luego hasta el tercer nivel (y no en un momento en el tiempo como lo planteó inicialmente Thomas), la función de costos asociada con una enfermedad en particular sería una función que gráficamente se vería como una U invertida (Weisbrob, 1991). Es claro que no todos los tipos de tecnología llevan necesariamente a un aumento en los gastos de salud y en la demanda por seguros. Específicamente, sólo el desarrollo de tecnologías intermedias lleva a un comportamiento de este tipo. Por el contrario, si el estado de la tecnología médica asociada con una determinada enfermedad es muy precario o muy avanzado, esto no debe llevar a un aumento de los gastos médicos en salud. 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.

Sin embargo, el crecimiento de los gastos médicos y de los seguros de salud, tanto públicos como privados, sugiere que el cambio tecnológico ha incrementado los costos esperados y las varianzas de los gastos médicos asociados con una determinada enfermedad, en vez de reducirlos. Lo que también indica que nos encontramos en un estado o etapa en que prima el desarrollo de tecnologías intermedias sobre las altas.

El estado de la tecnología no es una variable exógena al sistema de seguros de salud que depende exclusivamente del estado del conocimiento científico en un momento determinado, de variables demográficas que afectan el tamaño de los mercados potenciales por nuevos productos médicos y de las influencias políticas que influyen 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 hacen 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 que conllevan para la reducción de costos relativos al aumento de la calidad".

Como se verá abajo, la escogencia del sistema de contratación de los 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 (high technologies) 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 demostrar este hecho es el de 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 de todos los sistemas existentes 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.

Las razón teórica que explica estas diferencias es la existencia de economías de escala en el aseguramiento, la cual se sustenta en los siguientes hechos:

a. Los costos de operación del sistema 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.

b. 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.

c. 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.

d. Existen 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:

1. Modelo mayoritariamente privado (Modelo EE.UU.).
2. Modelo mayoritariamente público (Modelo Beveridge).
3. Modelo híbrido (Modelo Bismark).

1. Modelo EE.UU.:

En este modelo el sector privado es quien 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:

a. La mayoría de los usuarios están asegurados a través de sus trabajos (el empleador es quien paga el seguro).

b. Los costos del sistema son los más altos en el mundo. Las principales fuentes de inflación de los servicios médicos son: sistemas de contratación con los médicos basados en pagos por servicios prestados; indemnizaciones astronómicas por demandas de mala práctica que ha llevado a la práctica de la "medicina defensiva"; y exenciones tributarias de las primas de salud pagadas por el empleador (problemas en el comportamiento moral de los agentes).

c. La calidad de su servicio es altamente estimada.

d. Es el líder mundial en innovación y nueva tecnología médica.

e. El sistema deja un creciente y gran número de personas sin seguro (problemas de selección adversa).

2. 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, en algunos casos, o de impuestos a la nómina, en otros. 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:

- a. Su simpleza.
- b. Pago a los médicos a través de presupuestos prospectivos.
- c. Ineficiencia en la prestación de los servicios. Existencia de largas listas de espera para utilizar los servicios hospitalarios.
- d. Inexistencia de alternativas de escogencia.
- e. Pocos incentivos para aumentar la eficiencia de los hospitales.
- f. Los costos administrativos son bajos.
- g. La calidad es muy buena en los servicios de atención primaria, más no en la atención secundaria y terciaria.
- h. Logran una mayor cobertura que los sistemas privados.

3. 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, por lo general a través de impuestos a la nómina, 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.

No obstante, existe consenso en que un sistema de seguros de salud no puede ser exclusivamente privado o público, si se quiere cumplir simultáneamente los objetivos de eficiencia, solidaridad y universalidad. Los sistemas que persiguen estos objetivos deben capturar elementos, tanto privados como públicos, aunque no existe todavía consenso acerca de cual debe ser la mezcla correcta.

Una primera pista al respecto está dada por el hecho de que un sistema de seguros de salud no debe partir del supuesto de que está trabajando con un mercado perfecto en donde se está ante un bien común, ofrecido bajo condiciones de competencia perfecta a consumidores informados. Como se vio arriba, el sistema de

asistencia médica en el plano macro-económico no se rige esencialmente por los principios del mercado.

Sin embargo, los mecanismos de mercado no pueden ser desechados del modelo, ya que sin ellos se pueden presentar serios problemas de eficiencia del sector en materia de asignación de recursos y de rendimiento de los servicios. Esto es claro si se observan las reformas realizadas a los sistemas de salud de diversos países desarrollados (en especial Alemania, Reino Unido y Países Bajos), en los cuales después de una etapa de fuerte regulación y contención de los gastos del sistema, se han iniciado reformas para dotar al sistema de asistencia médica de ciertas características de mercado, aunque sin desconocer las peculiaridades y fallas del mismo.

Es así como un buen sistema de salud nunca podrá ser exclusivamente privado o exclusivamente 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.

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 médicos (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, años setentas y ochentas, la principal medida adoptada para afrontar el problema fue lo que se denominó políticas de contención de gastos que implicaban aumentar todas las formas de gastos compartidos con el paciente, imposición de topes 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 topes presupuestarios a las partidas de gasto en salud e introducción de sistemas prospectivos de contratación con los médicos.

Sin embargo, como dice Van de Van 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 necesario 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). Estos autores 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 capta 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

La literatura ha identificado dos problemas básicos en el diseño de un sistema de seguros que decide entre si la cobertura de su paquete de salud debe ser total o parcial. 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

En la literatura existente se clasifican los diferentes sistemas de contratación en dos categorías: sistemas retrospectivos y sistemas prospectivos. Eventualmente, se habla del sistema indemnity planteado por Arrow (1963) y que en realidad es una 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. El 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 conscientes 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 disminuya 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 pros y sus contras, a pesar de que la utilización de los sistemas retrospectivos parece ser cosa del pasado. Como lo plantea Weisbrod, 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 vio 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 mucho a la calidad de vida del usuario y atacan el problema cuando éste ya ha surgido (medicina curativa). No es gratuito, afirma Weisbrod, 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

Como lo han demostrado las experiencias internacionales 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. Es por esto que autores como Van de Ven (1991) y Cichon (1992) 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 del sistema 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.

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 administradoras-usuarios surge el problema de la selección adversa, los problemas de solidaridad del sistema y los problemas de cobertura. En la relación entre administradoras-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.

Como se observará en la figura 4, 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.

H. Referencias bibliográficas consultadas

- Peet, John (1991) "Surgery Needed", en: The Economist, Julio 6.
- Ellis, R. y McGuire, T.G. (1990) "Optimal Payment Systems for Health Services", en: Journal of Health Economics, 9, p.375-396, North Holland.
- Lee, R. (1990) "Monitoring Physicians, A Bargaining Model of Medical Group Practices" en Journal of Health Economics, 9, p.463-481, North Holland.
- (?) "Risk, Uncertainty and the Limits of Insurability", Chap.2,
- Castañeda, T. (1991) "Bases para un sistema nacional de seguro de salud en Colombia", mimeo, marzo.
- Selden, T. (1990) "A model of Capitation" en: Journal of Health Economics, 9, p. 397-409 North - Holland.
- Pauly, M. y Held, P. (1990) "Bening Moral Hazard and the cost effectiveness analysis of insurance coverage" en: Journal of Health Economics, 9, p.447-461, North Holland.
- Banco Mundial (1991) "Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo".
- Abel Smith, B. (1992) "Financiación de la Asistencia Médica y Seguridad Social con especial referencia a los países en desarrollo", mimeo, primer seminario internacional de seguridad social, Bogotá, marzo.
- Cichon, M. (1992) "Sistemas de Financiación de la asistencia médica: Evolución y tendencias", mimeo, primer seminario internacional de seguridad social Bogotá, marzo.
- Weisbrod (1991) "The Health care quadrilemma: An essay on technological charge, insurance, quality of care, and cost containment", en : Journal of Economic Literature, Vol. XXIX, junio, p. 523-552.
- Van de Ven (1991) "Los Sistemas de Asistencia Médica bajo lupa: Reformas necesarias en los países industrializados", mimeo, OIT, Ginebra.

III. PRESENTACION ESQUEMATICA DE LAS TRES REFORMAS PROPUESTAS

A. Propuesta Instituto de Seguros Sociales

De manera general, 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, de otro lado, 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. Apunta fundamentalmente al principio de la solidaridad y la equidad.

1. Características fundamentales

a. **Creación del Seguro Obligatorio de Salud Integral (SOSI):** El esfuerzo que tiene que hacerse es universalizar un sistema que permita un acceso integral a la salud.

b. **Existencia de un Fondo Unico Público Nacional:** Este es el único sistema que permite agrupar recursos y riesgos logrando una maximización de los recursos, una disminución de los riesgos, un control de los costos, la superación del problema de la selección adversa y una amplia solidaridad en el sistema. La competencia en el aseguramiento es totalmente indeseable. La privatización no lleva a una reducción de los costos del sistema.

c. **Necesidad de solidaridad en el sistema:** Debe existir solidaridad entre diferentes grupos de ingreso, entre regiones, entre jóvenes y viejos y entre sanos y enfermos.

d. **Evaluación comunitaria del riesgo y evitar la evaluación del riesgo por experiencia de grupo.** La existencia de un fondo único de aseguramiento permite trabajar con el riesgo promedio (comunitario) para así garantizar la solidaridad del sistema.

e. **Competencia en la prestación de los servicios personales de salud:** La competencia en la prestación del servicio mejora la calidad y racionaliza los costos.

f. **Existencia de subsidios a la demanda para aquellos que no pueden pagar el servicio.**

g. **Aporte al sistema de acuerdo a la capacidad de pago de los afiliados y no de acuerdo al riesgo.**

h. **Todos los usuarios tiene 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 en el sistema).

i. Libre escogencia por el asegurado de una organización prestadora de servicios: 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 único) al cual cualquier usuario podrá acceder, teniendo la organización la obligación de recibirlo. Hecha la escogencia por el usuario éste quedará adscrito a la respectiva organización por un tiempo determinado.

j. Diferenciación en las labores de aseguramiento y ejecución: Una cosa es la responsabilidad sobre el sistema (Fondo Unico) y otra su ejecución, la cual es la prevista que sea total o parcialmente privada.

k. Necesidad de la 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, más no en la labor de aseguramiento. El ánimo de lucro en el aseguramiento lleva a el problema de selección adversa.

l. La reforma en el área de la salud hace parte de una reforma más amplia a todo el sistema de seguridad social.

ll. Necesidad de garantizar los servicios de promoción y prevención: Esto sólo se logra en un sistema que existe un fondo único responsabilizado por todo el sistema.

m. La descentralización es necesaria para lograr una cobertura universal.

n. La universalización sólo se puede lograrse gradual y progresivamente.

o. Empresarialización de las diferentes actividades de salud, universalizando ciertas reglas económicas y administrativas en forma independiente del carácter jurídico de la "empresa" que realice la actividad.

p. Pese a los defectos que se le puedan achacar al ISS, hay hechos que son imposibles de ignorar como su experiencia, conocimiento e infraestructura ganados en casi medio siglo.

2. Agentes e instituciones del sistema (gráfica 1)

a. Fondo único público nacional

i. Funciones:

- Recaudador único de las contribuciones: Cotizaciones asalariados, Cuotas independientes y Subsidios indigentes.
- Fijación del monto de contribuciones y beneficios.
- Acreditar el derecho de cada individuo al seguro (tarjeta).
- Servir como asegurador único del sistema.
- Llevar actuaría del sistema.
- Pagar a las organizaciones prestadoras de servicios personales de salud.

b. Aparato de prestación de servicios

i. Organizaciones prestadoras de servicios personales de salud.

- Naturaleza:

Múltiples organizaciones de naturaleza privada (con o sin ánimo de lucro).
Intermediarios entre asegurados, Fondo Unico y hospitales.

- Funciones:

Garantizar servicios de promoción y prevención.
Garantizar atención básica ambulatoria.
Contratar para sus adscritos la prestación de servicios especializados y hospitalarios.
Gestión ante el Fondo Unico para el pago de cuotas de todos los servicios de sus adscritos.
Competencia por adscribir a los asegurados.
Pueden ofrecer y contratar planes que excedan el paquete básico a costo del afiliado.
Una sola organización puede ofrecer todos los niveles de atención.

ii. Hospitales.

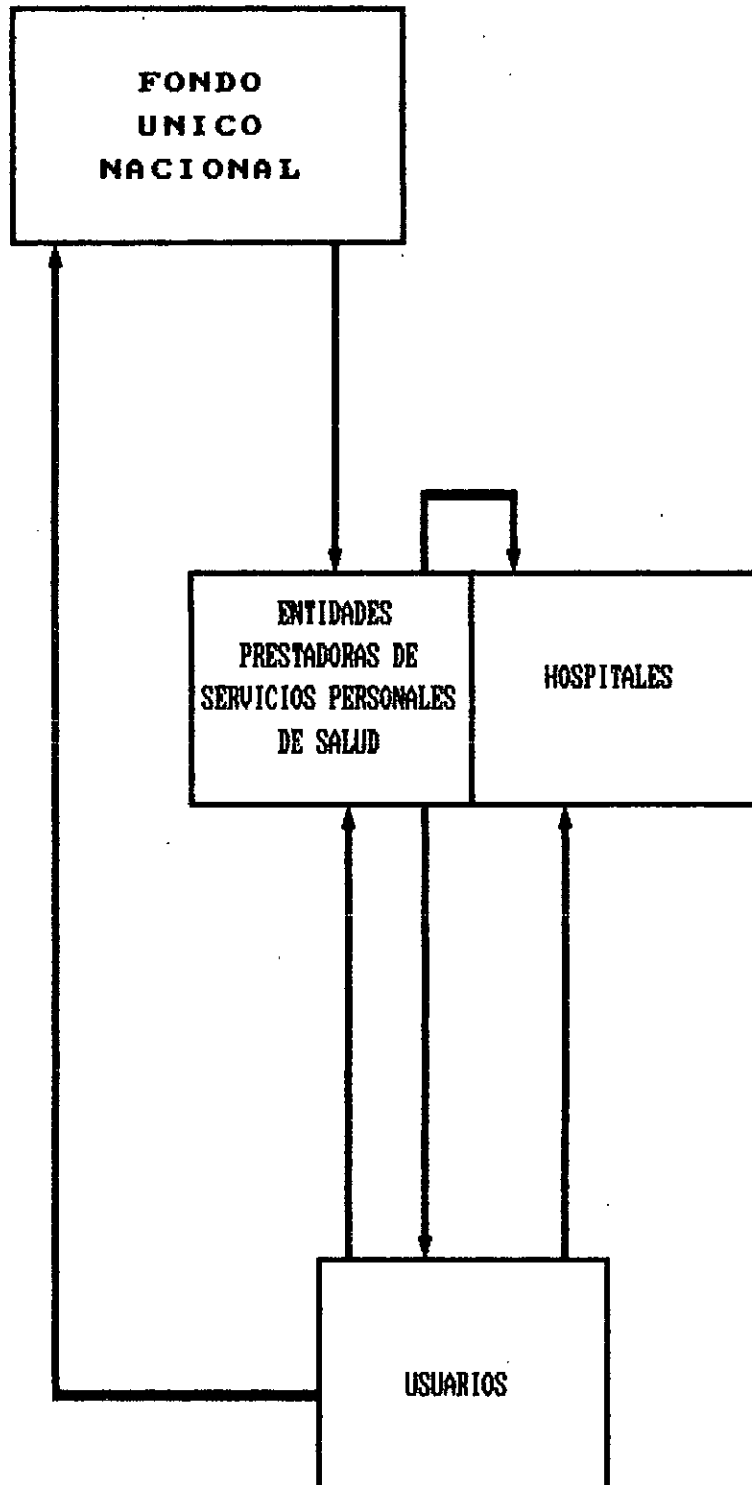
- Naturaleza:

Entes autónomos, ó
Integrantes de agrupaciones de prestación de servicios personales.

- Funciones:

Venta de servicios de hospitalización y medicina especializada.

PROPUESTA I. S. S.



CUANTIFICACION FINANCIERA DEL SISTEMA DE SEGUROS EN SALUD

Propuesta de estudio presentada al programa GEHOS

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La reforma de la seguridad social en el área de la salud es uno de los temas que más debate ha tenido en el último año. Se ha avanzado enormemente en cuál debería ser su orientación y aunque aún hoy día subsisten diferencias importantes entre las diferentes propuestas - Ministerio de Salud, Planeación Nacional e Instituto de Seguros Sociales-, son más sus diferencias de forma que las de fondo.

Desafortunadamente en los últimos meses la importancia del tema ha venido perdiendo relevancia debido a que la atención del Congreso parece canalizarse hacia los problemas más sensibles de la opinión pública, como los tributarios, los regímenes laborales o de orden público, y porque ante la imposibilidad de llegar a un acuerdo entre las instituciones involucradas, el Presidente ha preferido postergar su debate para momentos de mayor calma.

Con todo, el ISS ha continuado avanzando en su reforma interna. Asimismo, las fundaciones y centros interesados han continuado trabajando y ahondando en el tema. Las investigaciones que ha venido apoyando el programa GEHOS han mostrado la necesidad de ahondar en algunos aspectos involucrados en la discusión del nuevo

sistema de seguridad en salud. Esa profundización es necesaria para seguir avanzando en la precisión del nuevo sistema, y para darle a la propuesta una mejor fundamentación. Igualmente se ha encontrado la necesidad de insistir en el tema como un mecanismo para asegurar que éste, dada su relevancia, sea abordado por el legislativo a más tardar en la próxima legislatura.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Uno de los temas que amerita tal profundización y que sin duda contribuiría en el avance y motivación del tema frente a la opinión pública, es el financiero. El propósito de este estudio es justamente ése: cuantificar el monto de recursos involucrado en un sistema de seguridad social, lo que supone identificar el paquete de servicios ofrecido y la población cubierta. Así mismo, el estudio mirará la forma de financiación de este sistema. Debe destacarse cómo, hasta la fecha, no hay claridad ninguna sobre cuánto le vale al país un sistema de seguridad social en salud y sobre cómo se podrían optimizar los recursos del Estado para que ellos se dirijan a los más necesitados. Las diferencias que presentan las tres propuestas de reforma y los vacíos en sus fundamentaciones, justifican plenamente que se adelante un estudio que aclare sus costos totales y formas de financiación.

ALCANCE DEL ESTUDIO

Marco general y alcance del sistema

De manera general y con base en los estudios y propuestas anteriores se presentarán las características generales del sistema de seguridad social en salud. En particular su carácter flexible, descentralizado y mixto, y sobre todo, su carácter integrador en cuanto reúne las acciones que en la misma línea adelanta el sector salud. Su paquete de salud debe ser integral mas no ilimitado. Este apartado más que polimizar debe enmarcar el alcance filosófico que se le quiere dar al sistema, en términos del paquete ofrecido como de la población que se quiere cubrir.

Definición del paquete de salud ofrecido y determinación de su costo unitario

En la base de la estimación de los recursos involucrados en el sistema de seguridad social está la determinación del paquete de salud que se va ofrecer. Su determinación, sin embargo, no es fácil, dado el gran número de factores que inciden en su definición. Algunos tienen que ver con la definición "filosófica" misma de su alcance, que puede variar según grupos poblacionales y según el acercamiento de salud que se le dé al problema; otros con

dificultades estadísticas y actuariales para determinar el valor y uso de los elementos constitutivos del paquete.

En ese orden de ideas lo que parece más conveniente es apoyarse en los valores y alcances de los paquetes existentes en el país para desde esa perspectiva llegar a una estimación de alternativas de costo de los paquetes. Es una aproximación pragmática a sus costos, basada en las experiencias actuales y decantadas del país. Así mismo, se puede acudir a la información internacional, en particular a la de Chile, como punto de apoyo para la mencionada cuantificación.

El alcance del paquete y su costo puede tener presente, si así se le considera pertinente, las siguientes desagregaciones: diferencias regionales; diferencias del paquete según grupos poblacionales, tanto debido al alcance de sus servicios, como a la frecuencia de su uso; tamaño de la familia; diferentes alternativas de cobertura para un mismo grupo poblacional, dejando al usuario la posibilidad de escoger la que más le convenga.

Estimación de costos del sistema

Con base en el valor unitario del paquete y del tamaño y caracterización de la población objetivo, se estimará el costo global de operación del sistema de seguridad social. Al respecto se

cotizaciones hay que depurar el nivel salarial de ese grupo poblacional, que es la base de los cálculos para obtener los recursos por esta fuente.

vi) Consideraciones sobre monto de recursos destinados a la solidaridad fiscal y para-fiscal.

Metodología del estudio

El estudio, contará con un comité consultivo encargado de orientar y validar las determinaciones que se vayan tomando, tal el caso de la adopción de los paquetes de servicios de salud. Este comité consultivo estará conformado por representantes de las tres fundaciones que componen al programa GEHOS, por tres expertos en el área de la salud y por un representante del Congreso. Podrá invitar a quienes considere pertinente, tal el caso de representantes de los gremios y las instituciones que prestan los servicios de salud. Se reunirá una vez al mes.

El estudio se apoyará en la información existente tal como: las tres propuestas de reforma propuestas, -ISS, DNP, Minsalud-; la reciente publicación de Fescol y GEHOS "Reforma de la seguridad social en salud" (coordinadores M.E. Cárdenas y G. Olano); "La reforma en la seguridad social en salud: una comparación de tres propuestas" Fedesarrollo/GEHOS; La experiencia acumulada de

experiencias tales como Compensar, Fondo prestacional de los maestros-la Previsora, Empresas públicas de Medellín y medicina pre-pagada; experiencia del caso chileno; estimación de una canasta en salud CID/U.NAL.; costos hospitalarios, GEHOS. Así mismo, se apoyará en la experiencia de las tres fundaciones en el área, la que resulta de la mayor importancia.

Tendrá una duración de cuatro meses durante los cuales se realizarán las siguientes actividades:

Cronograma:

	M e s e s			
	1	2	3	4
Marco general	*			
Revisión paquetes de salud existentes	*			
Definición paquete de salud		*	*	
Desagregación Población (Pobreza, asalariados, etc.)		*	*	
Financiación sistema		*	*	
Costos y financiación total				*
Informe final				*

Investigadores y presupuesto

El estudio será realizado por Fedesarrollo y tendrá como investigadores a Carlos Gerardo Molina y Juan Pablo Trujillo, y como asistente de investigación a Ursula Guideón. Tendrá la asesoría médica del Dr. Antonio Ordoñez Plaja y buscará el apoyo de un especialista en el área actuarial y de seguros.

El costo total del proyecto es de doce millones cuatrocientos mil pesos discriminados así:

Investigador principal (medio tiempo, cuatro meses).	2.800.000
Investigador asistente (cuatro meses).....	2.800.000
Costos administrativos Fedesarrollo (100%).....	5.600.000
Asesorías (médica y de seguros).....	1.200.000
TOTAL.....	\$ 12.400.000

Nota: El valor del proyecto tendrá un costo de \$13.900.000 en caso de que no se financie como donación. El aumento del valor es causado por el 12% que deberá retenerse como venta de servicios.

**LA REFORMA DEL SISTEMA DE
SEGUROS DE SALUD: UNA
COMPARACION DE TRES PROPUESTAS**

**Estudio elaborado para el Programa para el Mejoramiento de la
Gestión Hospitalaria**

Informe Final

**Carlos Gerardo Molina
Juan Pablo Trujillo**

Santafé de Bogotá, abril de 1992

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Presentación	
I. INTRODUCCION	1
II. REVISION BIBLIOGRAFICA	2
A. El problema moral ("Moral Hazard")	3
B. Selección adversa	6
C. Tecnología	9
D. Economías de escala	11
E. Público vs. Privado	12
1. Modelo EE.UU.:	12
2. Modelo Beveridge (Inglaterra, Suecia e Italia):	13
3. Sistema Bismark (Japón, Canadá, Francia y Holanda):	13
F. Sistemas de pagos	14
1. Alcance del Paquete del Seguro de Salud	15
2. Sistemas de contratación con los proveedores	16
G. Especialización de funciones	17
H. Referencias bibliográficas consultadas	18
III. PRESENTACION ESQUEMATICA DE LAS TRES REFORMAS PROPUESTAS	19
A. Propuesta Instituto de Seguros Sociales	19
B. Propuesta Ministerio de Salud	23
C. Propuesta Departamento Nacional de Planeación	29
IV. COMPARACION DE LAS PROPUESTAS	34
A. Operatividad de las propuestas	36
1. Relación entre administradores (aseguradores) y usuarios.	36
2. Relación administradores y proveedores	48
3. Relación asegurados y proveedores	50
B. Flujo de los recursos	51
V. VIABILIDADES	52
A. Viabilidad financiera	52
B. Viabilidad política	59
1. Propuesta ISS:	60
2. Propuesta Minsalud:	63
3. Propuesta de Planeación Nacional	65
4. Consideraciones adicionales:	66
C. Viabilidad administrativa	67
1. Organización vigente del sector salud	67
2. Propuestas	69
VI. CONCLUSIONES	77

P R E S E N T A C I O N

Desde principios de 1991 se viene adelantando en el país un proceso de estudio y análisis sobre los problemas de nuestra seguridad y previsión social, con miras a formular las propuestas de reforma que viabilicen el mandato constitucional para lograr gradualmente una eficiente y solidaria "Universalización" de coberturas.

Las Fundaciones CORONA, FES y FRB, a través de su Programa para el Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria, G E H O S, en cumplimiento de su responsabilidad social, especialmente sobre aquellas áreas de trascendencia para la gran mayoría de los colombianos, buscan hacer aportes que apoyen una informada toma de decisiones al respecto.

Durante el tiempo mencionado, el programa GEHOS ha financiado algunos estudios y publicaciones que apuntan en dicha dirección, tales como:

- Estudio-Diagnóstico sobre el sistema de Seguridad Social en Pensiones, ejecutado durante el primer trimestre de 1991, por la firma "Hernando Zuleta y Asociados".

- "La Seguridad Social Frente a la Constitución Nacional", Publicación de las Memorias del Tercer Congreso Colombiano de Seguridad Social, Cali, Noviembre de 1991, en asociación con la "Corporación Olof Palme".

- "Reforma de la Seguridad Social en Salud", recopilación y edición de los principales trabajos de diferentes especialistas que fundamentan e ilustran algunas de las principales propuestas, para la reestructuración de nuestra seguridad social en salud. Esta reciente edición (Abril/92, Tercer Mundo), fue coordinada y financiada conjuntamente con la Fundación Friedrich Ebert de Colombia "FESCOL".

- Como un aporte adicional y complementario para el estudio de la reforma a la seguridad social en salud de nuestro país, las Fundaciones CORONA, FES y FRB, contrataron con FEDESARROLLO un primer análisis de los documentos y discusiones materia del debate para dicha reforma, estudio contenido en el presente volumen, el que presentamos para ilustrar y apoyar otros posibles estudios complementarios que necesariamente tendrán que adelantarse con miras a lograr mayor claridad y profundidad sobre el complejo y debatido tema de los seguros sociales de salud.

Con las anteriores consideraciones y con el ánimo que estos aportes le den eventualmente un nuevo aire al proceso de reforma de nuestra seguridad social, entregamos el presente estudio, que da un primer acercamiento al problema, aportando nuevos elementos de análisis para dicha problemática de la salud.

I. INTRODUCCION

El país vive un momento propicio para emprender una reforma a fondo de sus sistemas de seguridad social. El espacio lo ha abierto la nueva Constitución en donde, por primera vez, se habla claramente de la Seguridad Social en Salud bajo los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. Los últimos meses han sido prolíferos en discusiones, análisis y propuestas; el conocimiento del tema se ha enriquecido, rápida y decididamente, y hoy día las instituciones involucradas en el sistema de seguridad social, así como la opinión pública interesada en el tema, pueden abordar la discusión con madurez.

Estas discusiones se han enriquecido 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 más 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 ineludibles que fija la Constitución.

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 hoy día todavía inexistente sistema de seguridad social en salud. Ya no existen las causas iniciales de polarización, pues el conocimiento del tema ha depurado muchos de los falsos malentendidos, aunque los principios que fundamentan cada una de las propuestas pueden seguir aún distanciándolas. Sin embargo, y esta es una de las conclusiones de este informe, son más los puntos que acercan a las propuestas, siendo tan pocos los que las distancian, que el horizonte hacia el cual se quiere ir está, ciertamente, mucho más despejado. Pero, al mismo tiempo, falta aún mucho camino por recorrer en lo que concierne a la operacionalización de la propuesta, o combinación de propuestas, que se escoja. El reto, como se verá, consiste ahora en darle un adecuado desarrollo a esa propuesta, de forma tal que desaparezcan muchos de sus vacíos actuales en financiación, organización y funcionamiento.

En este informe se comparan las tres propuestas mencionadas y se espera que de esta comparación se vislumbre el horizonte hacia el cual se quiere y se puede ir. Inicialmente se hacen unas consideraciones teóricas, pertinentes para la discusión y que son lugares recurrentes en la revisión bibliográfica. Luego se resumen de manera esquemática las tres propuestas, para inmediatamente proceder a compararlas bajo un esquema en que se visualiza el papel

asignado a cada uno de los agentes involucrados en el sistema. Finalmente se adelantan algunas consideraciones sobre la viabilidad de cada una de las propuestas, consideraciones que resultan generales puesto que el carácter de las propuestas al preocuparse fundamentalmente de hacia dónde se quiere ir y no sobre cuáles pueden ser los problemas que pueden resultar en ese camino, no permite avanzar mucho en el tema. El reto que se sigue en el corto plazo, como se dijo, será el de despejar los interrogantes que surgen alrededor de la puesta en ejecución de la propuesta o la combinación de propuestas que configuren el sistema de seguridad social.

Antes, no sobra adelantar algunos comentarios generales. 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 -mejor de los diferentes subsistemas-, 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.

II. REVISION BIBLIOGRAFICA

La reforma de la seguridad social y el diseño de un sistema óptimo de seguros de salud ha sido tema recurrente en los países desarrollados y en una gran mayoría de los países en desarrollo, en las últimas décadas. Mucho se ha escrito y hecho al respecto, y hoy en día no se puede decir que exista un sistema perfecto de seguridad social en el área de la salud en el mundo.

A pesar de que existe una clara identificación de los problemas que enfrenta el diseño de un programa de este tipo, no existe un consenso en las soluciones propuestas para los mismos. Los modelos propuestos solucionan algunos o la mayoría de los problemas enfrentados, aunque descuidan otros. Existen modelos mejores o más exitosos que otros, aunque no existe un modelo perfecto en el

mundo. Como dice Peet (1991), "el mejor sistema debe olvidar la perfección y sólo recoger ideas útiles donde pueda". Sin embargo, a pesar de que la perfección pueda ser una utopía, la optimización del sistema se puede lograr, y estará medida según el grado de éxito en la superación de los problemas que enfrenta todo sistema de seguros de salud.

En términos generales, la literatura sobre el tema es unánime en reconocer que el mercado de la salud no opera perfectamente y su funcionamiento presenta fallas y problemas, debidos fundamentalmente a la existencia de imperfecciones y asimetrías en la información y a las peculiaridades tanto de los agentes que participan en él como del bien que se podría denominar "salud" o "servicios de salud".

Es así, como en la literatura existente se identifican algunos puntos fundamentales que deben ser tenidos en cuenta y resueltos en todo sistema de salud. Estos son: problema en la moralidad de los agentes que participan en el sistema ("problema moral" o "moral hazard") que llevan a una ineficiente sobreutilización de los servicios ofrecidos; problemas de selección adversa por parte de aseguradores y asegurados que lleva a un sistema selectivo que deja por fuera a los grupos más pobres, necesitados y vulnerables; problemas en el manejo de la tecnología médica, ya que su desarrollo incontrolado 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")

Una de las fallas en los mercados privados de seguros de salud que ha recibido mayor atención de los economistas y planificadores ha sido el del "problema moral". Su origen está en el aumento desorbitante de los gastos de asistencia médica, que ha llevado, desde finales de los años ochentas, a agresivas políticas de contención de gastos en los diferentes países del mundo.

En los últimos cuarenta años, la política oficial de los países industrializados en materia de gastos de asistencia médica ha dado un giro completo: la convicción predominante a comienzos de los años sesenta de que si aumentaban los gastos previstos para los servicios de salud se mejoraría casi proporcionalmente el estado de salud de la población fue seguida por la creencia, a finales de los años ochenta, de que era probable que la mayoría de los gastos adicionales en los servicios de asistencia, sobre todo si se trataba de fondos públicos, diera lugar a un consumo innecesario.

De acuerdo a estudios realizados para los países de la OCDE y citados por Van de Ven (1991), del crecimiento real anual de los gastos totales en salud entre 1975 y 1987, el 21.4% puede explicarse por el aumento excesivo en los precios de los servicios médicos; 11.9% al crecimiento demográfico; y 66.7% a un aumento en la utilización de los servicios por habitante.

Este aumento excesivo en la utilización de los servicios médicos ha sido explicado a través del comportamiento "inmoral" de los agentes del sistema: la demanda de servicios de salud será mayor cuando exista un seguro que garantice el acceso a estos servicios que cuando el usuario tenga que pagar directamente el servicio. De manera sencilla esta diferencia de comportamiento se explica por el hecho de que el usuario cuando tiene que pagar directamente el costo del servicio, su demanda dependerá del precio del mismo y demandará una cantidad en que maximiza su bienestar sujeto a un presupuesto y precio dado. Sin embargo, cuando el usuario adquiere un seguro deja de percibir directamente el costo del servicio, no estando ya sujeto a un presupuesto dado, ya que el servicio lo paga un tercero. Para el usuario, en este caso, el precio del servicio deja de importar y sólo tendrá como limitante el cubrimiento del paquete de servicios que compró al asegurarse. Por lo tanto, para él el precio será cero y no habrá razón para que no demande todo el servicio de salud que pueda conseguir^{1/} (la demanda por servicios de salud se convierte en infinitamente elástica).

Es así como en este enfoque microeconómico y 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 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" (Chap. 2).

"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)".

^{1/} En este enfoque, no se utilizan servicios innecesarios en la medida que no contribuyen al estado de salud del paciente, sino que se utilizan aquellos cuyo valor es menor para el usuario a su verdadero costo de suministro.

Bajo estos supuestos, el diseño de programas óptimos de seguros de salud, que tienen en cuenta el problema moral, es tratado como un problema de balancear los beneficios de reducir el riesgo financiero del usuario contra los costos de la excesiva utilización del servicio. Debido a que la utilización del servicio se asume como resultado de decisiones de consumidores informados, los mecanismos sugeridos normalmente son diferentes formas de cobros directos al consumidor (deducibles, coaseguros, franquicias y otros cargos específicos que logren transferir en parte los costos del servicio al usuario).

El problema se vuelve más complejo si se tiene en cuenta que no sólo pueden existir problemas de moral por parte del usuario (parte de la demanda). También los proveedores de los servicios presentan problemas morales, 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)].

Como dice Chap. 2(1990), en la realidad, los proveedores de servicios no son perfectamente competitivos, ni maximizadores de ganancias, y ejercitan 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.

Es así como el concepto del problema moral se enriquece y se vuelve más complejo si se tiene en cuenta el comportamiento del proveedor del servicio, no siendo ya suficientes las soluciones que buscan atacar el problema exclusivamente por el lado de la demanda con cobros directos a los usuarios. Es evidente que cuando el problema de moral hazard surge por el comportamiento de los usuarios y proveedores éste es imposible de controlar en un esquema totalmente privado y competitivo de seguros (Chap. 2, 1990).

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.

Sin embargo, como afirma Ellis y McGuire (1990) 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 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 tratamiento (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 es un problema bastante diferente al problema moral, a pesar de que ambos pueden tener implicaciones similares para un asegurador privado que tiene una pequeña participación en el mercado. La selección adversa surge porque personas con diferentes tipos de riesgo tienen un mayor o menor incentivo 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 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, cuando y cómo utiliza el servicio de salud. En consecuencia, los aseguradores enfrentarían un problema de selección adversa por parte de los consumidores de seguros, ya que utilizarían el seguro exclusivamente cuando lo necesitan, sin existir proporcionalidad entre la prima pagada y el riesgo que asume el asegurador. De esta manera se estaría asegurando en su gran mayoría sucesos que tienen una probabilidad de ocurrencia muy alta y no se operaría con el riesgo promedio de la comunidad.

Ante una situación como ésta, una compañía de seguros tendría dos opciones: en primer lugar, fijar una prima única (community rating) que se le cobraría a cualquier comprador sin importar su tipo de riesgo; o en segundo lugar, 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 mantenible 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 aquellas personas con menores riesgos evaluarían el costo del seguro con respecto a su posible demanda de seguros de salud y seguramente encontrarían que sería mejor no asegurarse. Por el contrario, 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. En conclusión, la compañía aseguradora enfrentaría un problema de selección adversa por parte de los compradores de menores riesgos. 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; y, por otro, los aseguradores poseen mecanismos para determinar de alguna manera, aunque no sea individualmente, 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 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 (experience-rated group coverage), 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 y/o políticas de cobros directos a los usuarios.

Vender seguros a grupos de empleados tiene varias ventajas. En primer lugar, evita que los individuos decidan salirse del seguro a no ser que estén dispuestos a cambiar de trabajo. En segundo lugar, los costos administrativos se disminuyen. En tercer lugar, la población empleada es, por lo general, más saludable que aquella que no está empleada. En cuarto lugar, la experiencia por grupos puede ser monitoreada a través del tiempo, lo que puede permitir ajustar las primas de acuerdo a las características del grupo asegurado.

En el largo plazo, los diferentes autores que han escrito sobre el tema están de acuerdo 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 muy altos costos para el usuario.

Otra forma en que los aseguradores logran identificar los grupos de menores y mayores riesgos es llevándolos a que ellos mismos se auto-seleccionen en grupos con diferentes tipos de riesgo, a través del ofrecimiento de paquetes que no cubren la totalidad de los costos (deducibles y/o coaseguros). Teóricamente puede demostrarse que los grupos de menores ingresos estarán más dispuestos a comprar paquetes con deducibles y franquicias, mientras que los grupos de mayores riesgos preferirán que paquetes que tenga cobertura completa.

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 del mercado 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 servicios 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 de la expansión vertiginosa de los costos médicos y de la compra de seguros de salud.

Como afirma Weisbrob(1991) 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 (afirma Weisbrob) y ese algo es el estado de la tecnología".

Si una enfermedad que no ha sido tratable médicamente, de repente se convierte en tratable, ésto 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 y en su varianza. Así como algunas tecnologías pueden llevar a un aumento, existen otras que pueden disminuir, tanto los costos esperados en salud como su varianza.

De acuerdo a Thomas (1975) existen diversas etapas del desarrollo tecnológico en un momento del tiempo, y no todas llevan a un aumento en los costos esperados de salud y en su varianza. Estas son:

a) **No-tecnologías (nontechnology):** 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.

b) **Tecnologías medias (halfway technologies):** 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 corresponden a tratamientos médicos muy costosos, como los trasplantes de órganos.

c) **Altas tecnologías (high technologies):** Corresponden a un verdadero entendimiento de la enfermedad y busca su prevención. Corresponden, por lo general, a tecnologías muy baratas como vacunas e inmunizaciones.

Si se piensa en un proceso dinámico en que el conocimiento tiende a crecer desde el primero de los tres niveles hasta el segundo y luego hasta el tercer nivel (y no en un momento en el tiempo como lo planteó inicialmente Thomas), la función de costos asociada con una enfermedad en particular sería una función que gráficamente se vería como una U invertida (Weisbrod, 1991). Es claro que no todos los tipos de tecnología llevan necesariamente a un aumento en los gastos de salud y en la demanda por seguros. Específicamente, sólo el desarrollo de tecnologías intermedias lleva a un comportamiento de este tipo. Por el contrario, si el estado de la tecnología médica asociada con una determinada enfermedad es muy precario o muy avanzado, esto no debe llevar a un aumento de los gastos médicos en salud. 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.

Sin embargo, el crecimiento de los gastos médicos y de los seguros de salud, tanto públicos como privados, sugiere que el cambio tecnológico ha incrementado los costos esperados y las varianzas de los gastos médicos asociados con una determinada enfermedad, en vez de reducirlos. Lo que también indica que nos encontramos en un estado o etapa en que prima el desarrollo de tecnologías intermedias sobre las altas.

El estado de la tecnología no es una variable exógena al sistema de seguros de salud que depende exclusivamente del estado del conocimiento científico en un momento determinado, de variables demográficas que afectan el tamaño de los mercados potenciales por nuevos productos médicos y de las influencias políticas que influyen 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 hacen 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 que conllevan para la reducción de costos relativos al aumento de la calidad".

Como se verá abajo, la escogencia del sistema de contratación de los 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 (high technologies) 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 demostrar este hecho es el de 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 de todos los sistemas existentes 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.

Las razón teórica que explica estas diferencias es la existencia de economías de escala en el aseguramiento, la cual se sustenta en los siguientes hechos:

a. Los costos de operación del sistema 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.

b. 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.

c. 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.

d. Existen 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:

1. Modelo mayoritariamente privado (Modelo EE.UU.).
2. Modelo mayoritariamente público (Modelo Beveridge).
3. Modelo híbrido (Modelo Bismark).

1. Modelo EE.UU.:

En este modelo el sector privado es quien 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:

a. La mayoría de los usuarios están asegurados a través de sus trabajos (el empleador es quien paga el seguro).

b. Los costos del sistema son los más altos en el mundo. Las principales fuentes de inflación de los servicios médicos son: sistemas de contratación con los médicos basados en pagos por servicios prestados; indemnizaciones astronómicas por demandas de mala práctica que ha llevado a la práctica de la "medicina defensiva"; y exenciones tributarias de las primas de salud pagadas por el empleador (problemas en el comportamiento moral de los agentes).

c. La calidad de su servicio es altamente estimada.

d. Es el líder mundial en innovación y nueva tecnología médica.

e. El sistema deja un creciente y gran número de personas sin seguro (problemas de selección adversa).

2. 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, en algunos casos, o de impuestos a la nómina, en otros. 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:

- a. Su simpleza.
- b. Pago a los médicos a través de presupuestos prospectivos.
- c. Ineficiencia en la prestación de los servicios. Existencia de largas listas de espera para utilizar los servicios hospitalarios.
- d. Inexistencia de alternativas de escogencia.
- e. Pocos incentivos para aumentar la eficiencia de los hospitales.
- f. Los costos administrativos son bajos.
- g. La calidad es muy buena en los servicios de atención primaria, más no en la atención secundaria y terciaria.
- h. Logran una mayor cobertura que los sistemas privados.

3. 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, por lo general a través de impuestos a la nómina, 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.

No obstante, existe consenso en que un sistema de seguros de salud no puede ser exclusivamente privado o público, si se quiere cumplir simultáneamente los objetivos de eficiencia, solidaridad y universalidad. Los sistemas que persiguen estos objetivos deben capturar elementos, tanto privados como públicos, aunque no existe todavía consenso acerca de cual debe ser la mezcla correcta.

Una primera pista al respecto está dada por el hecho de que un sistema de seguros de salud no debe partir del supuesto de que está trabajando con un mercado perfecto en donde se está ante un bien común, ofrecido bajo condiciones de competencia perfecta a consumidores informados. Como se vio arriba, el sistema de

asistencia médica en el plano macro-económico no se rige esencialmente por los principios del mercado.

Sin embargo, los mecanismos de mercado no pueden ser desechados del modelo, ya que sin ellos se pueden presentar serios problemas de eficiencia del sector en materia de asignación de recursos y de rendimiento de los servicios. Esto es claro si se observan las reformas realizadas a los sistemas de salud de diversos países desarrollados (en especial Alemania, Reino Unido y Países Bajos), en los cuales después de una etapa de fuerte regulación y contención de los gastos del sistema, se han iniciado reformas para dotar al sistema de asistencia médica de ciertas características de mercado, aunque sin desconocer las peculiaridades y fallas del mismo.

Es así como un buen sistema de salud nunca podrá ser exclusivamente privado o exclusivamente 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.

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 médicos (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, años setentas y ochentas, la principal medida adoptada para afrontar el problema fue lo que se denominó políticas de contención de gastos que implicaban aumentar todas las formas de gastos compartidos con el paciente, imposición de topes 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 topes presupuestarios a las partidas de gasto en salud e introducción de sistemas prospectivos de contratación con los médicos.

Sin embargo, como dice Van de Van 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 necesario 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). Estos autores 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 capta 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 las conclusiones fundamentales 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

La literatura ha identificado dos problemas básicos en el diseño de un sistema de seguros que decide entre si la cobertura de su paquete de salud debe ser total o parcial. 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 afiliarse 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

En la literatura existente se clasifican los diferentes sistemas de contratación en dos categorías: sistemas retrospectivos y sistemas prospectivos. Eventualmente, se habla del sistema indemnity planteado por Arrow (1963) y que en realidad es una 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. El 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 conscientes 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 disminuya 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 pros y sus contras, a pesar de que la utilización de los sistemas retrospectivos parece ser cosa del pasado. Como lo plantea Weisbrod, 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 vio 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 mucho a la calidad de vida del usuario y atacan el problema cuando éste ya ha surgido (medicina curativa). No es gratuito, afirma Weisbrod, 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

Como lo han demostrado las experiencias internacionales 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. Es por esto que autores como Van de Ven (1991) y Cichon (1992) 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 del sistema 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 inmoralmente ni a seleccionar adversamente a los usuarios.

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 administradoras-usuarios surge el problema de la selección adversa, los problemas de solidaridad del sistema y los problemas de cobertura. En la relación entre administradoras-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.

Como se observará en la figura 4, 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.

H. Referencias bibliográficas consultadas

- Peet, John (1991) "Surgery Needed", en: The Economist, Julio 6.
- Ellis, R. y McGuire, T.G. (1990) "Optimal Payment Systems for Health Services", en: Journal of Health Economics, 9, p.375-396, North Holland.
- Lee, R. (1990) "Monitoring Physicians, A Bargaining Model of Medical Group Practices" en Journal of Health Economics, 9, p.463-481, North Holland.
- (?) "Risk, Uncertainty and the Limits of Insurability", Chap.2,
- Castañeda, T. (1991) "Bases para un sistema nacional de seguro de salud en Colombia", mimeo, marzo.
- Selden, T. (1990) "A model of Capitation" en: Journal of Health Economics, 9, p. 397-409 North - Holland.
- Pauly, M. y Held, P. (1990) "Bening Moral Hazard and the cost effectiveness analysis of insurance coverage" en: Journal of Health Economics, 9, p.447-461, North Holland.
- Banco Mundial (1991) "Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo".
- Abel Smith, B. (1992) "Financiación de la Asistencia Médica y Seguridad Social con especial referencia a los países en desarrollo", mimeo, primer seminario internacional de seguridad social, Bogotá, marzo.
- Cichon, M. (1992) "Sistemas de Financiación de la asistencia médica: Evolución y tendencias", mimeo, primer seminario internacional de seguridad social Bogotá, marzo.
- Weisbrod (1991) "The Health care quadrilemma: An essay on technological charge, insurance, quality of care, and cost containment", en : Journal of Economic Literature, Vol. XXIX, junio, p. 523-552.
- Van de Ven (1991) "Los Sistemas de Asistencia Médica bajo lupa: Reformas necesarias en los países industrializados", mimeo, OIT, Ginebra.

III. PRESENTACION ESQUEMATICA DE LAS TRES REFORMAS PROPUESTAS

A. Propuesta Instituto de Seguros Sociales

De manera general, 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, de otro lado, 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. Apunta fundamentalmente al principio de la solidaridad y la equidad.

1. Características fundamentales

a. **Creación del Seguro Obligatorio de Salud Integral (SOSI):** El esfuerzo que tiene que hacerse es universalizar un sistema que permita un acceso integral a la salud.

b. **Existencia de un Fondo Unico Público Nacional:** Este es el único sistema que permite agrupar recursos y riesgos logrando una maximización de los recursos, una disminución de los riesgos, un control de los costos, la superación del problema de la selección adversa y una amplia solidaridad en el sistema. La competencia en el aseguramiento es totalmente indeseable. La privatización no lleva a una reducción de los costos del sistema.

c. **Necesidad de solidaridad en el sistema:** Debe existir solidaridad entre diferentes grupos de ingreso, entre regiones, entre jóvenes y viejos y entre sanos y enfermos.

d. **Evaluación comunitaria del riesgo y evitar la evaluación del riesgo por experiencia de grupo.** La existencia de un fondo único de aseguramiento permite trabajar con el riesgo promedio (comunitario) para así garantizar la solidaridad del sistema.

e. **Competencia en la prestación de los servicios personales de salud:** La competencia en la prestación del servicio mejora la calidad y racionaliza los costos.

f. **Existencia de subsidios a la demanda para aquellos que no pueden pagar el servicio.**

g. **Aporte al sistema de acuerdo a la capacidad de pago de los afiliados y no de acuerdo al riesgo.**

h. **Todos los usuarios tiene 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 en el sistema).

i. Libre escogencia por el asegurado de una organización prestadora de servicios: 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 único) al cual cualquier usuario podrá acceder, teniendo la organización la obligación de recibirlo. Hecha la escogencia por el usuario éste quedará adscrito a la respectiva organización por un tiempo determinado.

j. Diferenciación en las labores de aseguramiento y ejecución: Una cosa es la responsabilidad sobre el sistema (Fondo Unico) y otra su ejecución, la cual es la prevista que sea total o parcialmente privada.

k. Necesidad de la 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, más no en la labor de aseguramiento. El ánimo de lucro en el aseguramiento lleva a el problema de selección adversa.

l. La reforma en el área de la salud hace parte de una reforma más amplia a todo el sistema de seguridad social.

ll. Necesidad de garantizar los servicios de promoción y prevención: Esto sólo se logra en un sistema que existe un fondo único responsabilizado por todo el sistema.

m. La descentralización es necesaria para lograr una cobertura universal.

n. La universalización sólo se puede lograrse gradual y progresivamente.

o. Empresarialización de las diferentes actividades de salud, universalizando ciertas reglas económicas y administrativas en forma independiente del carácter jurídico de la "empresa" que realice la actividad.

p. Pese a los defectos que se le puedan achacar al ISS, hay hechos que son imposibles de ignorar como su experiencia, conocimiento e infraestructura ganados en casi medio siglo.

2. Agentes e instituciones del sistema (gráfica 1)

a. Fondo único público nacional

i. Funciones:

- Recaudador único de las contribuciones: Cotizaciones asalariados, Cuotas independientes y Subsidios indigentes.
- Fijación del monto de contribuciones y beneficios.
- Acreditar el derecho de cada individuo al seguro (tarjeta).
- Servir como asegurador único del sistema.
- Llevar actuaría del sistema.
- Pagar a las organizaciones prestadoras de servicios personales de salud.

b. Aparato de prestación de servicios

i. Organizaciones prestadoras de servicios personales de salud.

- Naturaleza:

Múltiples organizaciones de naturaleza privada (con o sin ánimo de lucro).

Intermediarios entre asegurados, Fondo Unico y hospitales.

- Funciones:

Garantizar servicios de promoción y prevención.

Garantizar atención básica ambulatoria.

Contratar para sus adscritos la prestación de servicios especializados y hospitalarios.

Gestión ante el Fondo Unico para el pago de cuotas de todos los servicios de sus adscritos.

Competencia por adscribir a los asegurados.

Pueden ofrecer y contratar planes que excedan el paquete básico a costo del afiliado.

Una sola organización puede ofrecer todos los niveles de atención.

ii. Hospitales.

- Naturaleza:

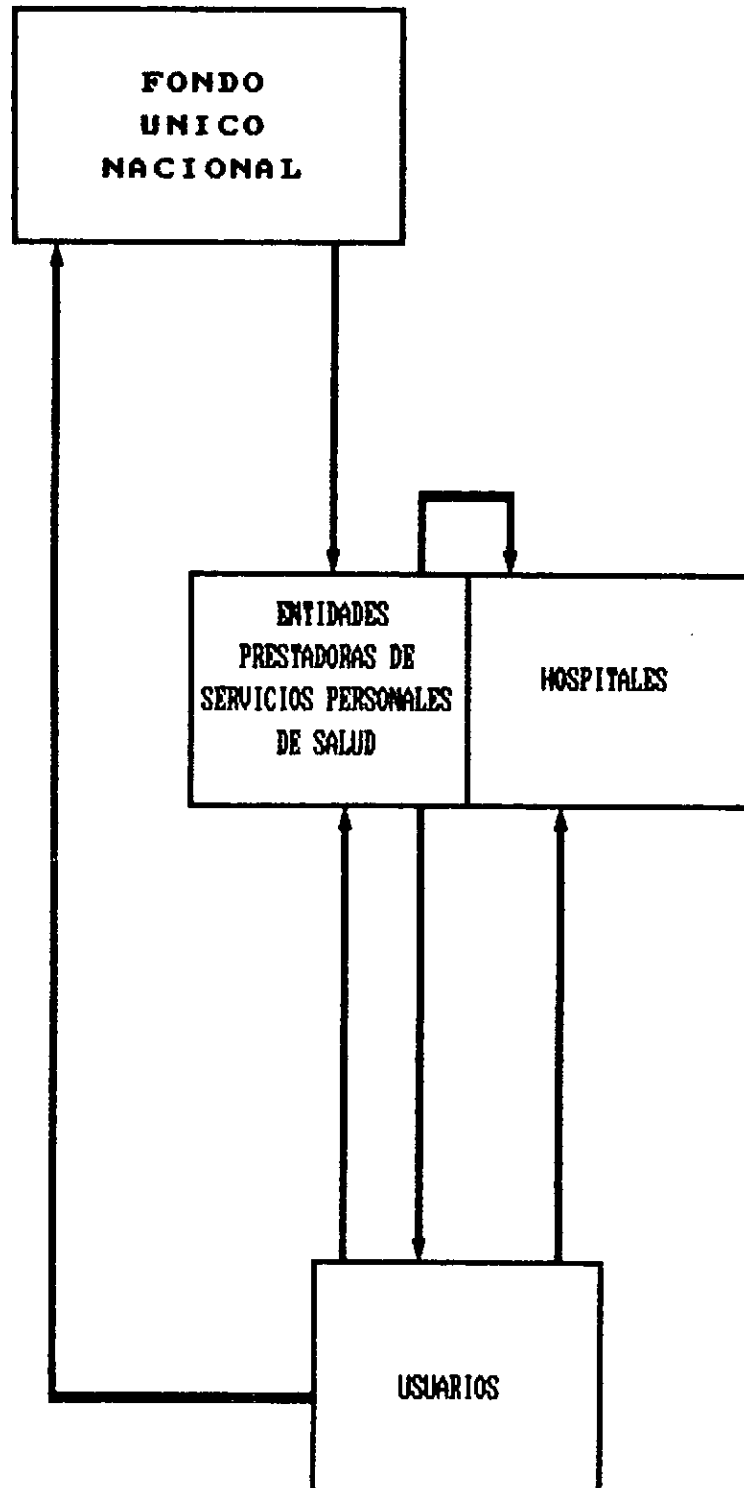
Entes autónomos, ó

Integrantes de agrupaciones de prestación de servicios personales.

- Funciones:

Venta de servicios de hospitalización y medicina especializada.

PROPUESTA I.S.S.



3. Alcance del seguro obligatorio

a. Paquete básico integral

i. Características:

- Integral.
- Universal.
- Cobertura familiar.

ii. Servicios:

- Promoción.
- Prevención.
- Atención básica obligatoria.
- Servicios especializados.
- Servicios hospitalarios.
- Pago drogas y medicamentos.
- Pago subsidios por incapacidad por maternidad o enfermedad general.

iii. Determinantes:

- Riesgo promedio comunitario.
- Costo promedio de servicios de salud.

iv. Valor:

- \$ 35,323.5 por beneficiario en pesos de 1991.
- Valor total \$ 1,161,837,029 pesos de 1991.
- Posibles ingresos del seguro único: \$ 1,405,526,000 pesos de 1991.

b. Paquete adicional

i. Servicios:

- Gastos que excedan paquete básico.
- Servicios de hospitalización de diversa calidad hotelera.

4. Recursos

a. Paquete básico integral

- Contribuciones afiliados (12% por familia; \$435.6 mil millones).
- Asalariados no cubiertos (12% por familia; \$364.4 mil millones).
- Independientes (12% por familia (\$176 mil millones).
- Informales (cuota \$1,200 por familia; \$67.6 mil millones).
- Franquicias (?).
- Aportes fiscales (\$200 mil millones).

- Cajas de Compensación (\$40 mil millones).
- Ventas servicios (\$72 mil millones).
- Ecosalud (\$50 mil millones).

b. Paquete adicional

- i. Pago individual.
- ii. Pago según capacidad de pago y riesgo.

5. Método de afiliación

Descuento de la nómina: 1/3 asegurado, 2/3 empleador.

6. Sistemas de contratación y formas de pago a los médicos

a. Capitación:

- i. Promoción y prevención.
- ii. Atención básica ambulatoria.

b. Pago de tarifas por servicios prestados:

- i. Servicios de nivel secundario y terciario.

7. Regulación

- a. Valor y contenido del paquete básico integral.
- b. Derechos del asegurado (acreditación mediante tarjeta).
- c. Control de costos mediante sistemas de contratación.
- d. Exclusión del aseguramiento privado.
- e. Control prestación del servicio.

B. Propuesta Ministerio de Salud

De manera general, la organización propuesta por el Ministerio de Salud puede concebirse 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, y ampliamente descentralizados. Enfatiza en el alcance del objetivo de solidaridad y universalidad y, en menor grado, en el de la eficiencia. Importa su adecuación al esquema actual del sector salud, descentralizado, en particular su relación con los entes creados por la ley 10 de 1990.

1. Características fundamentales

- a. **Descentralización y municipalización:** Este es un sistema de salud descentralizado y municipalizado, en el cual todos los servicios de salud de los departamentos y municipios queden bajo la orientación general de las autoridades públicas respectivas.
- b. **Creación de un seguro o sistema de salud de afiliación universal.**
- c. **El seguro de salud es obligatorio.**
- d. **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 adaptaciones que se desprendan de las diferencias regionales y locales.**
- e. **El sistema está fundamentado en la cooperación entre el sector público y el privado.**
- f. **Independencia en la financiación, administración, organización, objetivos y dinámica del sistema de salud.**
- g. **Organización del sistema en una estructura flexible y competitiva en un mercado regulado.**
- h. **El sistema es solidario, tanto fiscal como parafiscalmente.**
- i. **Trata de identificar e implementar componentes de un programa de eficiencia y calidad de los servicios.**
- j. **Fundamenta el sistema de salud en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.**
- k. **Libertad de elección por parte del usuario de las entidades aseguradoras y las prestadoras de servicios.**

2. Agentes e instituciones del sistema (gráfico 2).

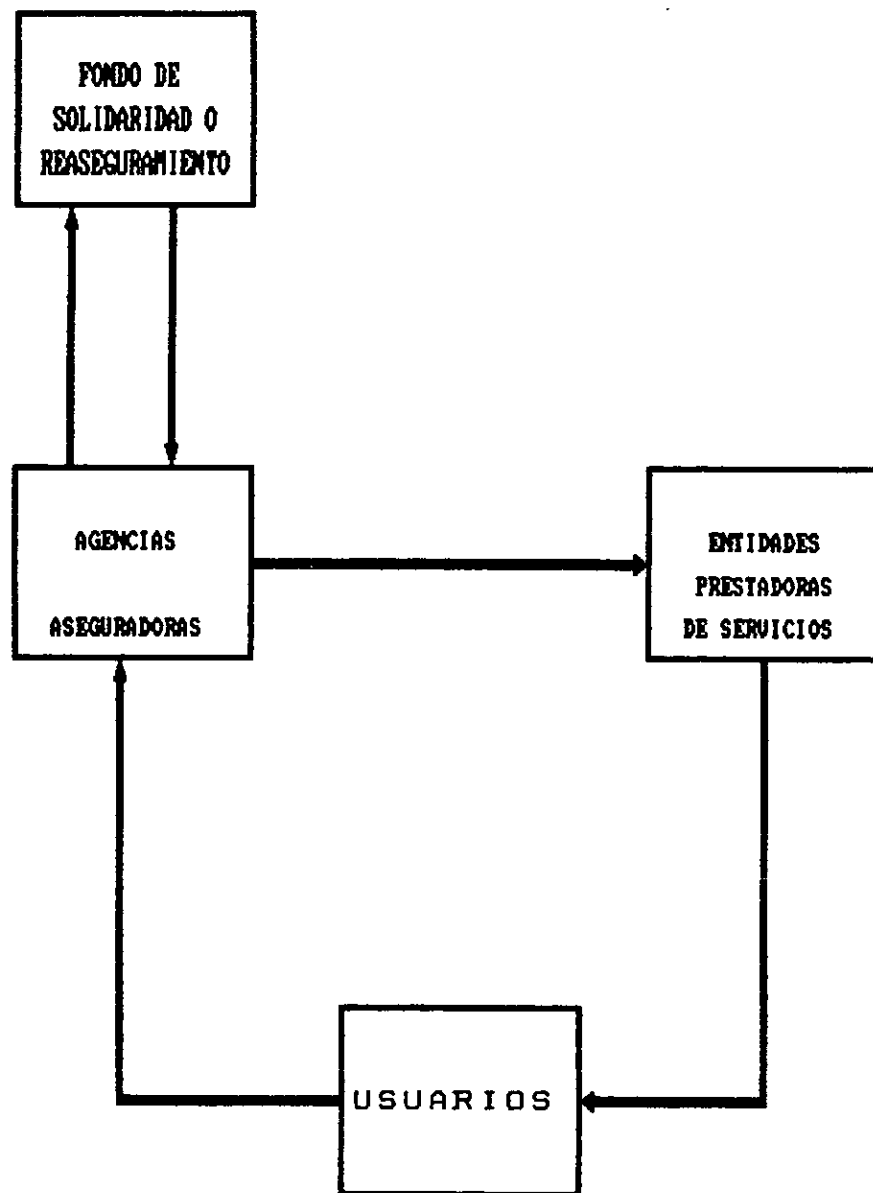
a. Servicio o Secretaría de Salud

i. Funciones:

- Planeación global del sistema.
- Encauzamiento criterios de solidaridad, equidad y eficiencia.
- Desarrollo de política de cobertura universal.
- Vigilancia y control epidemiológico.
- Dirección campañas públicas de promoción y prevención.
- Saneamiento ambiental.
- Rehabilitación inicial de las instituciones hospitalarias.

Gráfico 2

PROPUESTA MINISTERIO DE SALUD



- Control y supervisión de las agencias y entidades prestadoras de servicios.
- b. **Dirección del seguro de salud.**
 - i. **Naturaleza jurídica:**
 - Autonomía administrativa.
 - Patrimonio propio.
 - Adscrito al Ministerio de Salud.
 - Instrumento de coordinación y desarrollo.
 - ii. **Funciones:**
 - Establecer políticas.
 - Promover y desarrollar las prestaciones integrales nacionalmente.
 - Conducir el sistema del seguro.
 - Supervisar los planes de aseguramiento seccionales.
 - Establecer políticas de reaseguramiento, estabilización y riesgos catastróficos.
 - Distribuir los recursos destinados a solidaridad en todo el país.
- c. **Fondo de solidaridad**
 - i. **Naturaleza jurídica:**
 - Cuenta de la Dirección del Seguro.
 - ii. **Funciones:**
 - Administrar los recursos aportados: Aportes de la Nación; 15% recaudos mensuales de agencias aseguradoras; 15% primas de medicina prepagada y seguros comerciales; Legados, donaciones y similares; y Rendimientos financieros.
 - Transladar los recursos requeridos para reaseguro, estabilización, riesgos catastróficos y redistribución.
- d. **Agencias aseguradoras del seguro de salud nacional.**
 - i. **Naturaleza jurídica:**
 - Agencias descentralizadas.
 - Entidades privadas sin ánimo de lucro.
 - Entidades públicas del nivel municipal o seccional.
 - Entidades privadas con ánimo de lucro (sólo en el caso de seguros complementarios).
 - No pueden prestar servicios de salud.
 - Autorizadas por el gobierno.

- Vigiladas por el Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud y los servicios seccionales y municipales de salud.

ii. Funciones:

- Administrar el seguro de salud (paquete básico y complementario).
- Afiliar a los usuarios.
- Contratar con los proveedores.
- Manejo financiero.

iii. Controles:

- Control costos administrativos (máximo 10% de las cotizaciones).
- Control proceso de afiliación.
- No se puede rechazar ningún usuario.

e. Entidades prestadoras de los servicios de salud.

i. Naturaleza jurídica:

- Personería jurídica.
- Patrimonio propio.
- Autonomía administrativa.
- Pueden ser públicas o privadas.
- Operación en una base territorial (local, municipal, seccional, regional y, excepcionalmente, nacional).
- Operación en los diferentes niveles de salud.

ii. Funciones:

- Promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Atención a usuarios.

f. Comunidad.

Representantes de la comunidad deben tener cabida en el organismo directivo de las instituciones prestadoras de servicios de salud y del servicio municipal y departamental de salud.

3. Alcance del seguro social de salud.

El seguro de salud consiste en un paquete básico integral de salud que puede eventualmente complementado por pagos adicionales de los usuarios.

a. Paquete básico integral de servicios**i. Características:**

- Universal.
- Integral.
- Flexible.
- Cubrimiento familiar (puede ampliarse a otros familiares a través del pago de cuotas adicionales).

ii. Servicios ofrecidos:

- Promoción.
- Prevención.
- Diagnóstico.
- Tratamiento.
- Rehabilitación.
- Accidentes de trabajo.
- Enfermedad profesional.

iii. Determinantes o condicionantes:

- Patrón epidemiológico del país y por regiones.
- Objetivos del Sistema Nacional de Salud.
- Principales factores de riesgo.
- Transformación del modelo curativo en uno de promoción y prevención.
- Costos del paquete.
- Desarrollo científico y tecnológico del sector.
- Magnitud de los recursos.
- Proporción de los recursos dedicados a subsidios.

iv. Valor

Entre \$70,000 (atención básica de primera calidad) y \$115,000 (cubre todos los niveles) en pesos de 1991. Para cubrir 6.1 millones de familias con todos los niveles de atención sería necesario \$702 mil millones.

b. Seguro complementario.**i. Servicios ofrecidos:**

- Gastos que excedan las tarifas.
- Servicios no sustitutivos o no indispensables.
- Mejores condiciones hoteleras.

4. Recursos

a. Paquete integral básico

- Situado fiscal.
- Rentas departamentales.
- Rentas municipales.
- Cotización afiliados (10-12% por familia; 2/3 aporte del empleador y 1/3 aporte del empleado).
- Aportes jubilados del sector público y privado.
- Aportes sector informal.
- Franquicias, deducibles, cuotas moderadoras, etc.
- Rendimiento financiero.
- Excedentes económicos.
- Seguros obligatorios de accidentes.
- Ecosalud.

b. Seguro complementario.

- i. Individual.
- ii. Prima ligada a los riesgos.

5. Método de afiliación

- a. Descuento sobre la nómina.
- b. Recaudo por medio del recibo de pago de los servicios públicos.

6. Sistemas de contratación y formas de pago a los médicos.

a. Servicios de promoción y prevención a nivel local:

Pago según criterios establecidos por los respectivos programas de salud pública, su cobertura y su impacto.

b. Servicios asistenciales (ambulatorios y hospitalarios):

- i. Tarifas basadas en costos estándar por tipo de procedimiento.
- ii. Sistemas de anticipos y reembolsos por servicios prestados y volumen de producción.

c. Servicios asistenciales en condiciones específicas:

- i. Regulaciones salariales.
- ii. Capitación.
- iii. Facturas individualizadas.
- iv. Tarifas diarias por diagnóstico.

- d. Premios, incentivos o bonificaciones por eficiencia, uso adecuado de la tecnología costosa y calidad del servicio.

7. Regulación

- a. Regulación del número de agencias del seguro según la cobertura, la población y el paquete de servicios.
- b. Desarrollo de normas de adquisición tecnológica.
- c. Control de los costos administrativos de las agencias aseguradoras, los cuales no podrán ser mayores al 10% del valor de las cotizaciones (descontado el aporte al Fondo de Solidaridad).
- d. Determinación del paquete básico integral.
- e. Formas de contratación y pago a los médicos.

C. Propuesta Departamento Nacional de Planeación

1. Características fundamentales

- a. 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 se debe ir hacia un único sistema que debe ser el de prepago competitivo y regulado.
- b. El énfasis está puesto en aumento de eficiencia, siendo la competencia la herramienta por excelencia para impulsarla. Esta se hace presente sobre todo en el subsistema privado donde existen múltiples agencias aseguradoras compitiendo entre sí para captar usuarios y para reducir los costos de servicios médicos.
- c. Existe solidaridad fiscal y ella se ve claramente en el subsistema oficial. La solidaridad parafiscal no es clara: no existió en un comienzo (finales del 91), luego se introdujo, en su modalidad entre regiones, a través de un fondo de recaudo, que más precisamente debe llamarse Fondo Nacional de Compensación (febrero/92), pero no hay consenso en la conveniencia de mantener dicho fondo (marzo/92). La solidaridad está presente, parcialmente, en un mismo grupo, pues los usuarios del subsistema privado pagan por cotización recibiendo el mismo servicio.
- d. Se busca un aumento de cobertura por dos vías: una, esperando que el subsistema oficial mejore su eficiencia y atraiga más usuarios; dos, a través del subsistema de prepago que debe ofrecer un mejor producto y facilitar las condiciones de ingreso a él.
- e. En todos los casos se busca subsidio a la demanda y no a la oferta, como ha sido tradición en el país.

f. 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.

g. 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, de forma tal que las agencias aseguradoras trabajen con poblaciones interesantes en tamaño -se reconocen las economías a escala-, que los usuarios no puedan ser rechazados y puedan elegir libremente la agencia a la que se afiliarán.

h. 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.

i. Los dos subsistemas son descentralizados y buscan adecuarse a las estructuras municipales, al menos en teoría.

j. Se habla de un paquete estándar 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).

k. La atención de urgencias será obligatoria para todas las entidades hospitalarias, en los dos subsistemas e independientemente de la forma de pago.

l. Hay más desarrollo y claridad en la estructuración del subsistema privado que en 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 la eficiencia. Para el segundo subsistema no hay tanta homogeneidad y su ideología se subordina a la del subsistema prepagado.

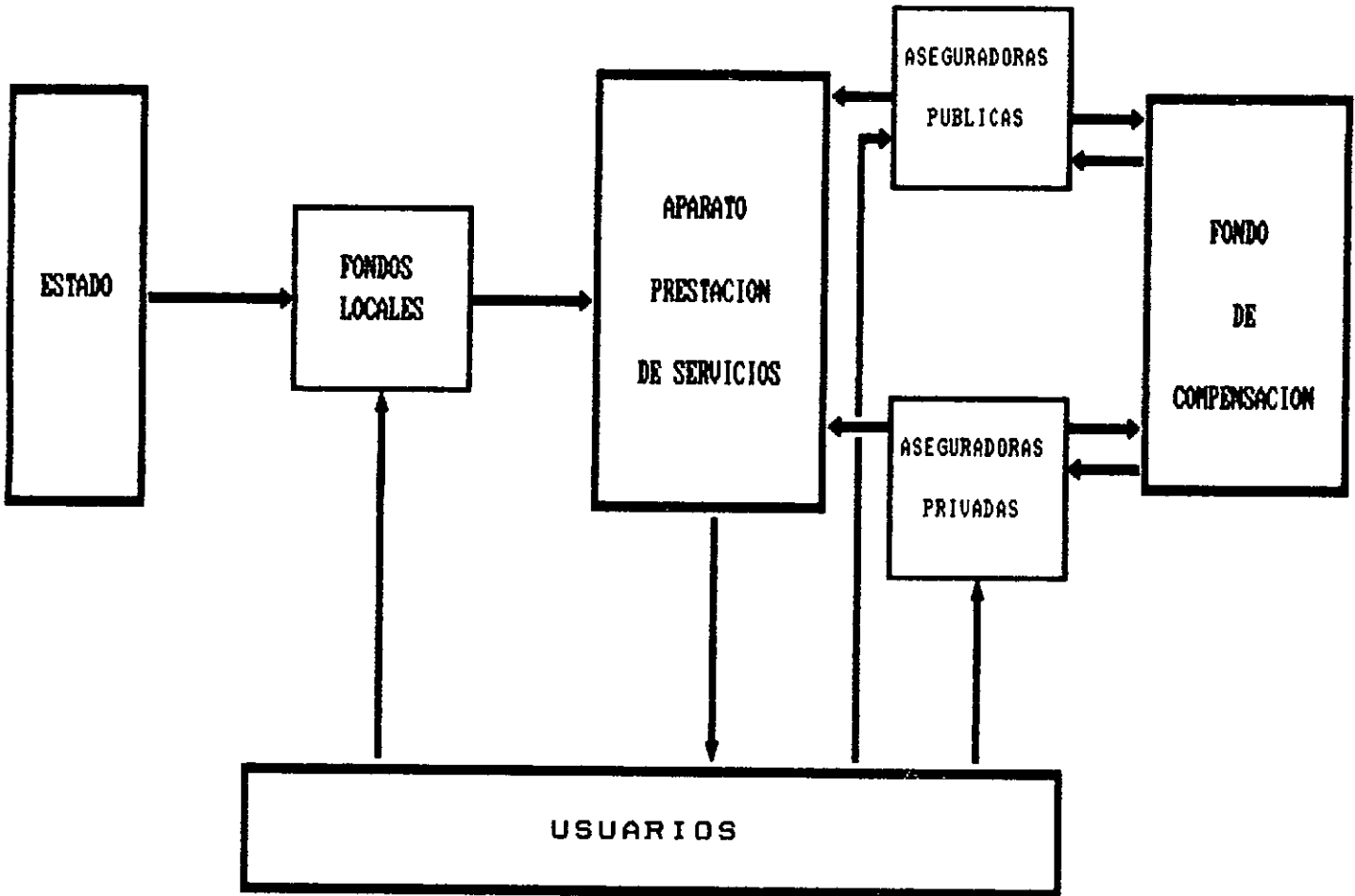
2. Agentes e Instituciones del Sistema (gráfico 3)

a. **Subsistema público:** está compuesto por los Fondos Seccionales y Locales de Salud, en correspondencia con la ley 10 de 1990. No requiere de un Fondo Nacional de Compensación y se desprende que la Nación deberá seguir asumiendo ese papel - a través de la asignación regional de recursos o a través de adicionales en caso de que se requieran-. Los Fondos contratan con los centros que ofrecen los servicios de salud, centros que pueden ser los mismos del subsistema privado. Los servicios de salud son prestados por entes autónomos, privados o públicos, que son los mismos para el subsistema privado.

Gráfico 3
PROPUESTA D.N.P.

SUBSISTEMA
PUBLICO

SUBSISTEMA
PRIVADO



Sus funciones son:

- i. pagar la atención ambulatoria y hospitalaria que requiere la población pobre, reemplazando la asignación hecha con bases históricas por parte de Minsalud y Minhacienda.
- ii. recibir las transferencias de recursos de orden nacional y recaudar las del orden regional y local.
- iii. se encargan de la inscripción de la población pobre. Ello supone al menos su reconocimiento -evaluación de su condición socio-económica- y su afiliación a los entes de salud respectivos.
- iv. Definir las tarifas que las entidades prestadoras cobrarán a los usuarios del servicio.

Vacíos: Las funciones de dirección -nacional y regional- seguramente quedan establecidas según la ley 10 del 90. Sin embargo, en ocasiones pareciera que los Fondos Regionales y Locales adquieren más importancia que lo que plantea la ley. Falta desarrollar la responsabilidad de quién establecería los costos estándar para servicios hospitalarios y el valor unitario por familia, base de los pagos. No se desarrolla cómo se daría la participación de la comunidad, salvo que los Fondos Locales podrán delegar la contratación de los servicios de atención primaria en organizaciones comunitarias, tales como las asociaciones de padres de los hogares de bienestar, las juntas de acción comunal o los cabildos indígenas.

Sobre la Naturaleza jurídica de los agentes:

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.

b. Subsistema privado:

i. Fondo de recaudo (mejor Fondo de Compensación):

Funciones: El Fondo transferirá a las aseguradoras los recursos con base en una prima negociada que diferirá según riesgo y edad de los afiliados. (Para agilizar el manejo de los recursos cada aseguradora mantendrá en el Fondo una cuenta corriente a la cual podrá ingresar los recursos provenientes de las cotizaciones y deducir lo correspondiente a las primas pactadas).

Vacíos: i) quién y cómo se establecerían estas primas negociadas. En particular, no se desprende que énfasis se daría a la

solidaridad que de Este se puede desprender ii) en versiones anteriores este fondo tenía un carácter de reasegurador, ocupándose de cubrir los riesgos catastróficos. No es claro si se le sigue dando este manejo.

Sobre su naturaleza jurídica: no se aclara si es de tipo público o privado y cómo se adscribe a la estructura actual del sector salud.

ii. Múltiples agencias aseguradoras

Sus funciones son:

- Recaudar el pago de sus afiliados (existe confusión porque también podría pensarse que el Fondo, dado su nombre y funciones, lo haría).
- Pagar y contratar a las agencias prestadoras de los servicios, bajo un esquema de competencia.
- Entenderse con el Fondo de recaudo para, con base en las primas negociadas, devolver los excedentes o recibir los recursos adicionales [o también, si no recaudan, recibir los recursos del Fondo recaudador].
- Deberá mantener la contabilidad de los recursos públicos a los que tuviera derecho de forma separada al resto de las operaciones.
- Ofrecer a los usuarios toda gama de servicios complementarios, los que no estarían regulados.

Sobre su naturaleza jurídica: Estas agencias serían de carácter público o privado; Deben estar reguladas (ver sección posterior); su tamaño debe ser tal que les permita afilar un buen número de usuarios, en el entendido que ello permitirá reducir costos. Se sugiere, en particular, el aseguramiento por grupos;

Nota: en ocasiones hay confusión entre aseguradoras y prestadoras de servicio, pues de las primeras se dice a veces que prestan el servicio.

3. Alcance del seguro

- a. Es de tipo obligatorio
- b. Se quiere un paquete estándar de salud integral por familia, con mínimos de calidad y servicios regulados
- c. Este paquete está en función de los pagos en el subsistema prepago

- d. En todos los casos hay pago, por parte del usuario, de una parte del servicio prestado.

Vacíos: no se detalla el alcance de este paquete, pero se intuye que sería para los tres niveles. No se presentan costos unitarios promedios del paquete. De las reuniones con los funcionarios del DNP se ve que el costo unitario del paquete sería alrededor de \$200.000, pesos del 91, y su alcance es similar al del actual paquete de Compensar.

4. Recursos

a. Subsistema público:

- i. Situado fiscal
- ii. Ecosalud
- iii. Rentas departamentales y municipales
- iv. Venta de servicios (los usuarios deben pagar franquicias por servicios. Estas están en función de la capacidad económica del usuario)

b. Subsistema privado:

- i. Cotizaciones con base en el salario, con las respectivas contribuciones del empleado y el empleador.
- ii. Primas o cotizaciones fijas por parte de los trabajadores independientes con capacidad de pago.
- iii. Venta de servicios (los usuarios deben pagar franquicias por servicios).
- iv. Seguros complementarios

5. Método de afiliación

a. Los pobres, con el apoyo de los subsidios estatales canalizados a través de los Fondos Locales, pueden acceder a los servicios médico-asistenciales. Su afiliación es obligatoria pero no se desarrollan mecanismos para que esto se cumpla.

b. Los miembros del subsistema prepago se afilian libremente a las aseguradoras -no podrá existir rechazo alguno del usuario por parte de las aseguradoras-. 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 de inscripción como de cambio de servicios.

Nota: La afiliación a los servicios de salud del ISS y de las Cajas de previsión pasa a ser voluntaria, pues estas instituciones pasan a ser una más de las entidades aseguradoras del sistema. Se propone que las funciones de prestación de servicios médicos de estas

instituciones sea separado del aseguramiento. Las Cajas podrán ofrecer servicios de salud prepagados.

6. Sistemas de contratación y formas de pago a los médicos

- a. El pago de la atención primaria se hace con base en costo promedio de familia inscrita y atendida.
- b. El pago hospitalario se hace con base en costos estándar
- c. Hay regulación en los costos y servicios prestados, tanto de las aseguradoras como de las entidades prestatarias de servicios.

7. Regulación

- a. El sistema está regulado por el Estado para garantizar: oferta adecuada y calidad de la atención de los servicios de salud.
- b. Se regula el agrupamiento de los usuarios, con el fin de agrupar los riesgos. Así se puede regular la composición mínima de los asegurados de cada entidad aseguradora.
- c. Se regulan las condiciones mínimas de cada contrato.
 - i. La compañía no podrá terminar el contrato unilateralmente.
 - ii. Existe libre elección por parte del usuario de la agencia aseguradora. Las agencias no pueden rechazar a ningún demandante.
 - iii. Se regula la libre transferencia entre compañías, aún con las preexistencias correspondientes.

IV. COMPARACION DE LAS PROPUESTAS

En esta sección se comparan las tres propuestas anteriores, desagregando cada una en los agentes principales del sistema: administradores (aseguradores o intermediarios), proveedores y usuarios. Existe un cuarto y quinto agentes que han de ser tomados en cuenta en la comparación: el fondo único y el gobierno, los cuales llegan a cumplir diferentes funciones en cada propuesta. A ellos se les dará su justa ubicación cuando se hable del flujo de recursos y de la regulación. En particular, el papel del Fondo es fundamental para entender la operatividad de las propuestas, ya que de éste dependerá el papel que desempeñarán las agencias administradoras o aseguradoras en el sistema de salud.

Si se tienen en cuenta las experiencias internacionales y la bibliografía disponible sobre el tema, la operatividad de un sistema de seguros de salud puede ser explicada de manera gráfica como una relación triangular con tres vértices fundamentales:

administradores (aseguradores), proveedores y usuarios (asegurados). Eventualmente, serán necesarios ajustes geométricos para incluir los dos actores adicionales, el fondo único y el gobierno, pero en esencia el buen funcionamiento de un sistema de seguros de salud dependerá de la buena relación entre cada vértice (gráfico 4). Si la relación entre administradores (aseguradores) y proveedores no funciona eficientemente el sistema fracasará. Lo mismo ocurrirá entre administradores (aseguradores) y usuarios, o entre proveedores y usuarios. De la diferenciación de las funciones de cada vértice y de su naturaleza dependerá mucho la viabilidad del sistema.

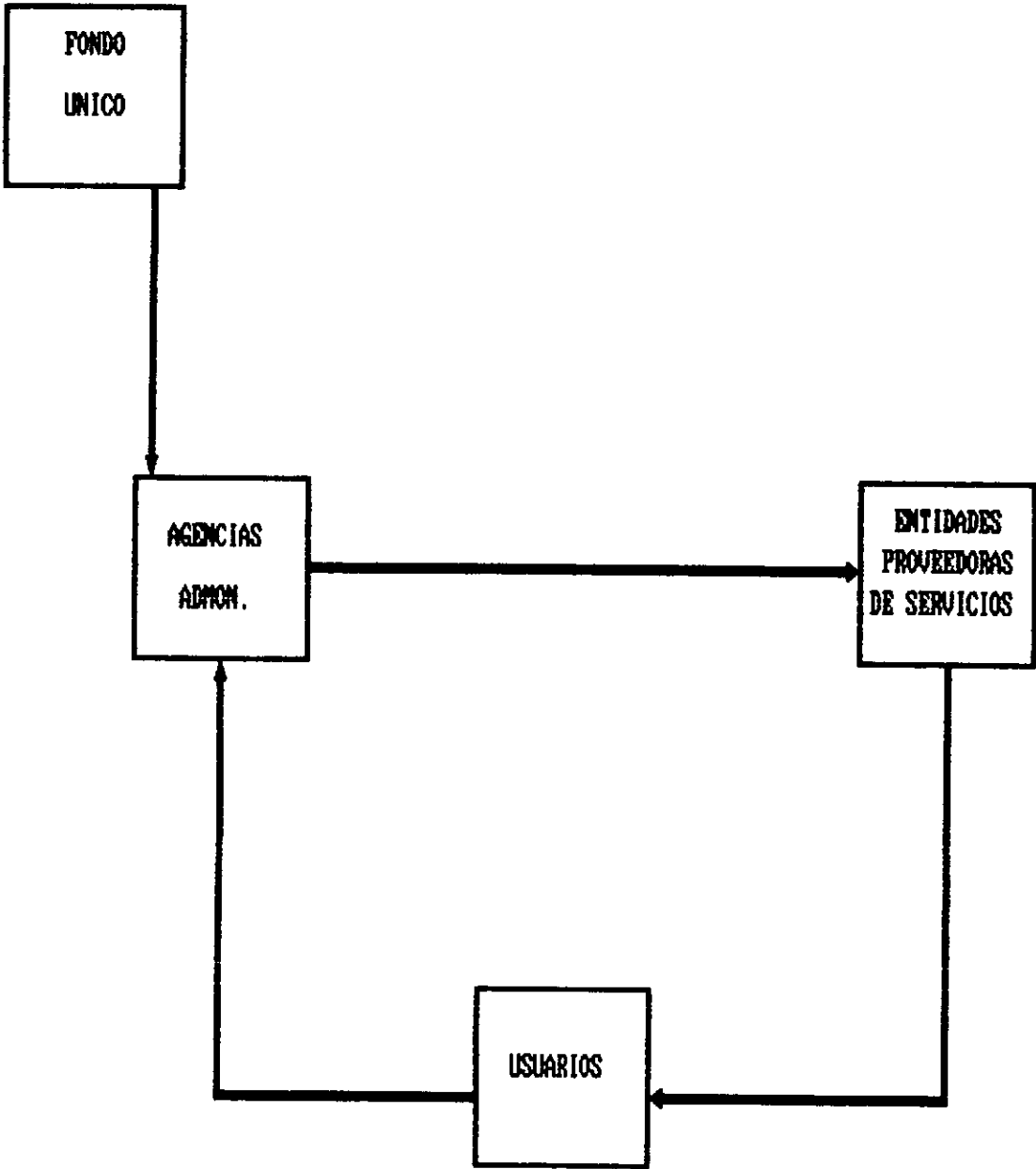
En la comparación de las tres propuestas, será muy importante tener en cuenta los tres objetivos consagrados en la nueva Constitución: eficiencia, solidaridad y universalidad. En la propuesta del DNP, el mayor peso se le da al objetivo de eficiencia, lo que se refleja en la mayor cabida que se le ha dado a la competencia entre aseguradoras en un sistema privado de aseguramiento (tal como opera en el actual sistema prepagado de salud) y entre entidades prestadoras de servicios de salud en el subsistema público y en el privado. Sin embargo, no es tan clara la solidaridad del subsistema privado, a pesar de que en el proceso de depuración de la propuesta se ha introducido un fondo de compensación como elemento redistribuidor o solidario del sistema. En cuanto al objetivo de universalidad, el sistema propuesto por el DNP enfrenta las mayores críticas. De acuerdo a las experiencias internacionales, se ha demostrado que la existencia de subsistemas de salud independientes y no coordinados lleva a un cubrimiento limitado de la población^{2/}. El ejemplo más claro es el modelo de los Estados Unidos.

En la propuesta del I.S.S., el objetivo de solidaridad tiene el mayor peso. La existencia de un Fondo Único Público Nacional que garantice el acceso de cualquier persona a un paquete básico integral, de acuerdo a sus necesidades e independientemente de su capacidad de pago, es el mejor sistema para lograr el máximo de solidaridad en el sistema. Además, es un buen mecanismo para evitar problemas de selección adversa de los usuarios y así lograr llegar a la totalidad, o la gran mayoría de la población, para cumplir con el objetivo de universalidad. Sin embargo, no es el mecanismo más útil para lograr una mayor eficiencia del sistema, ya que elimina toda competencia en la función de administración (aseguramiento) del sistema de salud, a pesar de admitir la competencia entre entidades prestadoras de servicios^{3/}.

^{2/} No obstante, el D.N.P. reconoce esta limitante e impone la obligación a los aseguradores de no rechazar a ningún usuario que desee afiliarse a su agencia.

^{3/} Este enfoque tiene su justificación en la existencia de economías de escala en la función de aseguramiento (ver sección II.3), lo cual refleja las ineficiencias y fallas de un sistema de

Gráfico 4
ESQUEMA BASICO



La propuesta del Min-Salud es más equilibrada en los objetivos propuestos. Por un lado, admite la necesidad de competencia en la prestación de los servicios médicos y en la administración (aseguramiento) del sistema de salud, aunque excluye de la competencia a las agencias aseguradoras con ánimo de lucro⁴, para lograr una mayor eficiencia y calidad de los servicios; y, por otro, reconoce la necesidad de un Fondo de Solidaridad o Reaseguramiento para lograr el objetivo de solidaridad, tanto fiscal como parafiscal. Para el logro de la universalidad del sistema propone la existencia de un paquete básico integral para todas las personas y la obligación de todo asegurador (administrador) de afiliar a todo usuario que se lo solicite.

La comparación de las propuestas se hace desde dos perspectivas. En una primera parte se observa la operatividad de las relaciones entre cada uno de los principales agentes del sistema teniendo en cuenta el esquema triangular antes propuesto; en una segunda, se compara el flujo de los recursos en cada propuesta.

A. Operatividad de las propuestas

1. Relación entre administradores (aseguradores) y usuarios (Asegurados).

En el momento de entrar a analizar las relaciones entre los administradores (aseguradores) y los usuarios de un sistema de salud, surgen un sinnúmero de preguntas que debería resolver toda propuesta al respecto. En particular: ¿Qué funciones deben cumplir las agencias administradoras del sistema: entre otras, recaudar las primas o aportes de los usuarios, asegurar la prestación de un paquete de servicios básicos integrales, afiliar a los usuarios?; ¿Deben existir múltiples agencias administradoras que ofrezcan sus servicios a los usuarios?; ¿Cuál debe ser la base territorial en que deben operar?; ¿Debe existir un fondo único independiente de las agencias administradoras?; ¿Cuáles deben ser las funciones de este fondo?; ¿Debe existir una regulación de las agencias administradoras?; ¿Si es afirmativa la respuesta, hasta donde debe ir?; ¿Debe existir solidaridad entre los usuarios del sistema (fiscal, parafiscal)?; ¿Debe obligarse al usuario a afiliarse a alguna agencia administradora?; ¿Puede el usuario escoger su agencia de administradora en caso de ser obligatoria?; ¿Qué naturaleza deben tener las agencias administradoras: públicas exclusivamente, privadas exclusivamente o mixtas?; ¿En caso de poder ser privadas pueden tener ánimo de lucro?; ¿Qué tipo de servicios ha de ofrecer la agencia administradora?; ¿Debe existir

aseguramiento competitivo.

⁴/ Este punto, sin embargo, se relaja en algunos documentos que le dan sustento a la propuesta del MinSalud.

un mínimo de servicios ofrecidos?; ¿Cómo lograr que no exista un comportamiento inmoral por parte de los usuarios, que lleve a una utilización excesiva del sistema?

Antes de entrar a comparar las respuestas dadas por cada propuesta hay que tener en cuenta que para comprender a cabalidad la operatividad de las relaciones entre administradores y usuarios no es suficiente el análisis de las relaciones entre estos dos agentes. Como se puede deducir de las preguntas, es necesario tener en cuenta la existencia de un tercer agente que es el fondo único, del cual se habla (aunque no en los mismos términos) en todas las propuestas. Si no se tiene en cuenta este tercer agente, y eventualmente el gobierno como ente regulador, no se entiende el por qué en algunas propuestas se habla de entidades aseguradoras y en otras de entidades administradoras del sistema, ni la naturaleza y funciones de cada una. Del papel que desempeñe el fondo dependerá el papel que desempeñen estas agencias.

a. Fondo único y agencias administradoras:

Las tres propuestas reconocen que debe existir un fondo único en el sistema. Sin embargo, la naturaleza y las funciones del fondo único no son iguales en cada propuesta. Mientras que en la propuesta del ISS existe un Fondo Público Nacional que cumple simultáneamente las funciones de recaudación, afiliación^{5/}, regulación, acreditación, aseguramiento, actuaría del sistema, definición del modelo de contribuciones y beneficios y contratación y pago a los proveedores, en la propuesta del Min-Salud el Fondo, denominado como de Solidaridad o Reaseguramiento, no recauda, ni afilia, ni asegura, sino que cumple las funciones de reaseguramiento^{6/} y redistribución de los recursos que recibe del Estado y de las agencias aseguradoras^{7/} para corregir las situaciones de desequilibrio del sistema. Además, en la propuesta del Min-Salud el fondo es simplemente una cuenta de la Dirección Nacional del Seguro, mientras que en la propuesta del ISS el Fondo es mucho más.

^{5/} La propuesta diferencia entre afiliación y adscripción. Todos los usuarios se afilian en el Fondo, el cual acredita el derecho de cada usuario (tarjeta). Sin embargo, cada uno también se adscribe a una entidad prestadora de servicios personales, la cual luego recibe del Fondo la cuota correspondiente por cada adscrito.

^{6/} En la propuesta del ISS no se habla explícitamente de la función de reaseguramiento. El fondo único es quien monopoliza la función de aseguramiento y por ende haría directamente el reaseguro.

^{7/} Estos recursos deben ser el 15% de los recaudos mensuales de las agencias aseguradoras.

En la propuesta del DNP también se habla de un fondo en el subsistema privado (ya que en el subsistema público no se necesita), que denominan Fondo de Compensación, aunque no son claras su naturaleza (pública o privada) y funciones. Se desprende de los documentos, que éste debe entrar a operar para lograr solidaridad parafiscal en el sistema. Sin embargo, no es claro si este fondo debe limitarse a cumplir la labor de reaseguramiento, si debe ser el que canaliza los recaudos. Tampoco es clara la manera cómo éste se adscribe a la estructura del sistema de salud.

En cuanto a la entidades administradoras, en las propuestas del Min-Salud y del DNP (en el subsistema prepagado) estamos ante verdaderas agencias aseguradoras, ya que en ambas cumplen la función de asegurar el otorgamiento de un paquete básico integral de servicios de salud^{a/}. Además de asegurar, ambas agencias afilian, recaudan, se relacionan con el fondo para la redistribución de los recursos y contratan y pagan los servicios con los proveedores. Estas agencias podrán ser públicas o privadas, aunque en la propuesta del Min-Salud se excluyen las agencias privadas con ánimo de lucro. Estas agencias deben ser reguladas y deben ser de un tamaño tal que permita afiliar a un buen número de usuarios y así reducir costos. Además, en la propuesta del DNP se enfatiza en la promoción del aseguramiento por grupos. En las dos propuestas se resalta la separación entre entidades aseguradoras y entidades prestadoras de servicios. "Ninguna entidad aseguradora podrá prestar servicios médicos", dice la propuesta Min-Salud.

En el caso del subsistema público de salud en la propuesta del DNP, se habla de los Fondos Locales o Seccionales de Salud, creados por la ley 10 de 1990, como las entidades intermediarias entre las entidades estatales proveedoras de los recursos fiscales destinados a la salud de los pobres, las entidades prestadoras de servicios de salud y los usuarios. Sin embargo, aquí no podemos referirnos a ellos como agencias aseguradoras, ya que no cumplen esta función, sino la de simples administradores o intermediarios de los recursos del Estado. De acuerdo al esquema consagrado en la ley 10 de 1990, es claro que estos fondos no pueden cumplir ninguna función más allá de ser los receptores de estos recursos, ya que operan como simples cuentas de la dirección local de salud (art. 13).

En la propuesta del ISS no se habla de agencias aseguradoras o administradoras. Se habla de una única agencia de aseguramiento (el Fondo Unico) y de entidades intermediarias entre los hospitales, el fondo y los usuarios (las entidades prestadoras de servicios personales de salud). En esta propuesta no existe una entidad especializada en la intermediación entre las entidades prestadoras

^{a/} Como se consagra en ambas propuestas, estas agencias podrán ofrecer paquetes que incluyan, además del paquete básico, servicios adicionales o complementarios que deberán ser costeados por el usuario.

de servicios, los usuarios y el fondo. No existe especialización en este campo, ya que este papel de intermediación no está diferenciado del de proveedor de servicios. Como dice la propuesta, las entidades prestadoras de servicios personales de salud serán integradas por "múltiples organizaciones de naturaleza privada (con o sin ánimo de lucro) que tendrán una serie de elementos mínimos para prestar los servicios de promoción y prevención, así como la atención ambulatoria básica y para servir de intermediarios entre los asegurados, el fondo único y los hospitales. Estas organizaciones competirán por adscribir a los asegurados y podrán ofrecer o contratar planes que excedan el paquete que cubra el seguro obligatorio. Además, contratarán para sus adscritos las prestaciones de servicios especializados, y gestionarán ante el Fondo Único el pago de las cuotas de sus adscritos". Así, se confunden las funciones de administración con la de prestación de servicios médicos, ya que se admite que una sola organización pueda ofrecer los dos tipos de servicios. En consecuencia, la propuesta no se ajusta estrechamente al esquema triangular propuesto (salvo que logre separarse "estructuralmente" la administración de la prestación de los servicios), pudiéndose generar problemas en su viabilidad como los referidos en la sección II, en especial, la ausencia de mecanismos eficaces para el control del comportamiento inmoral de los proveedores de servicios.

En este sistema, no existe ningún tipo de alternativas de aseguramiento para el usuario: el asegurado enfrenta una única posibilidad de asegurarse, eliminándose toda posibilidad de competencia en el aseguramiento. En este sentido es muy parecido al sistema canadiense que elimina toda competencia en el aseguramiento y que reconoce la existencia de economías de escala en la función de aseguramiento (sección II.4). Un planteamiento de este tipo enfatiza más en el aspecto de protección social de la asistencia médica, maximizando la solidaridad del sistema, aunque desconoce las ventajas sobre la eficiencia que puede llevar una competencia entre los aseguradores. El usuario no puede escoger, lo cual elimina un mecanismo fundamental de control de calidad del sistema, que es la capacidad que tiene el usuario en un mercado de sustituir un proveedor por otro si no queda satisfecho con el servicio ofrecido (soberanía del consumidor). Para el ISS, la eficiencia del sistema queda subordinada a de los principios de solidaridad y eficiencia. La aplicación de estos dos principios "permite un manejo racional de los recursos y los riesgos, haciendo posibles mecanismos para controlar los costos, lo que no es posible en un esquema de seguros comerciales privados. La competencia en la prestación de los servicios personales de salud, habilitada por un seguro obligatorio y solidario (con subsidios a la demanda para los indigentes) puede ser un factor que lleva a la mejoría en la calidad de los servicios y a una racionalización de los costos."

La propuesta del Min-Salud, trata de recoger un poco más las virtudes de la competencia entre aseguradoras, aunque descarta de ella a la aseguradoras privadas con ánimo de lucro, y mantiene un

fondo único reasegurador y solidario. Esta propuesta balancea un poco más la necesidad de eficiencia en el mercado con la necesidad de protección social del sistema asistencia médica, aunque no llega al punto de permitir que cualquier persona compita por los recursos de los asegurados. Sólo aquellas entidades autorizadas por el Estado y que no tiene ánimo de lucro pueden competir y cumplen las labores de recaudar, afiliar y asegurar.

Por último las propuesta del DNP da una mayor preponderancia a los elementos de competencia entre aseguradores privados o públicos, reconociendo, aunque vagamente, la necesidad de un órgano que permita alguna solidaridad en el subsistema privado. En el subsistema público se descarta la necesidad de un fondo único o de aseguradores, ya que el mismo sistema público se encarga de destinar los recursos a quien los necesita.

En cuanto a las relaciones entre el fondo y las agencias aseguradoras o administradoras no es todavía muy clara su operatividad. En el caso de la propuesta del Min-Salud no hay claridad en el sistema de incentivos y primas entre el fondo y los aseguradores. Si no existe un sistema que identifique a aquellas agencias más eficientes y los premie no habrá incentivos en los aseguradores para ofrecer mejores servicios a menores costos, ya que siempre existirá un fondo que les cubrirá pérdidas cuando sean ineficientes. La propuesta sólo establece la función del fondo de redistribuir recursos cumpliendo objetivos de solidaridad entre regiones, además del reaseguro por la ocurrencia de enfermedades catastróficas, pero no dice cómo. Este punto es crucial y es el que le daría viabilidad e interés para que las agencias aseguradoras participen sanamente en el sistema.

La propuesta del DNP avanza un poco más en este sentido: el fondo transferirá a las aseguradoras los recursos con base en una prima negociada, que diferirá según el riesgo y la edad de los afiliados. Los servicios así transferidos dependerán básicamente del número de personas afiliadas y el riesgo correspondiente^{o/}. Para agilizar el manejo de los recursos, cada aseguradora mantendrá en el fondo una cuenta corriente a la cual podrá ingresar los recursos provenientes de las cotizaciones y deducir lo correspondiente a las primas pactadas. De nuevos, el éxito en el establecimiento de estas primas está en la base del buen funcionamiento del sistema.

En la propuesta del ISS, como se verá en la relación entre administradoras (aseguradoras), el Fondo Unico recaudará las contribuciones y acreditará (mediante una tarjeta) el derecho del asegurado que libremente escogerá una organización prestadora de servicios a la cual quedara adscrito por un período de tiempo. El

^{o/} Con primas diferenciales según el riesgo y una regulación específica el aseguramiento por grupos, se limita la selección adversa que puede ocurrir en esquemas de seguros.

Fondo Unico pagará por capitación el valor correspondiente a los servicios de previsión, promoción y básicos ambulatorios.

b. Descentralización:

En las tres propuestas hay acuerdo en que la descentralización es un elemento fundamental del sistema, no sólo para darle cumplimiento a los principios consagrados en la nueva Constitución, sino para la viabilidad del mismo. Lograr la pretendida universalidad del sistema es imposible en una organización centralizada. Una organización de este tipo genera un sistema de múltiples esquemas de servicios, fragmentado por clases sociales o estratos de ingreso y con diversas clientelas institucionales.

Las tres propuestas plantean sistemas descentralizados y municipalizados, en el cual todos los servicios de salud de departamentos y municipios quedan bajo la orientación general de las autoridades estatales respectivas, por lo menos en teoría. No obstante, como se verá en la sección de viabilidad administrativa, se requiere de un mayor desarrollo en las propuestas del papel que jugará el municipio en todo el esquema.

La propuesta del Min-Salud por un lado plantea que debe existir una Dirección Nacional del Seguro (organismo con autonomía administrativa y patrimonio propio adscrito al Ministerio de Salud) que asume la función de planeación global del sistema, establece políticas, promueve y desarrolla las prestaciones integrales a nivel nacional, conduce el sistema del seguro, supervisa los planes de aseguramiento, establece políticas de reaseguramiento, estabilización y riesgos catastróficos y distribuye los recursos.

Por otro lado, se descentraliza totalmente el sistema, tanto en la función de aseguramiento como en la de prestación de servicios. Cada una debe tener personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio. El modelo implica que las seccionales del ISS se descentralicen y se departamentalicen; que las clínicas a su turno adquieran total autonomía administrativa, diferenciándose entonces la gestión del aseguramiento frente a las operación en la prestación de los servicios.

"La descentralización de las agencias gestoras y de las entidades prestadoras de servicios presupone la aplicación de la ley 10 de 1990, en lo atinente a la descentralización de la política de salud en el primer nivel para los municipios y en el segundo y tercero para los departamentos. Estos deberán orientar sus recursos (fondos seccionales o locales) en la parte que sea necesaria para afiliar al seguro social su población objeto del subsidio con recursos

públicos^{10/}. Los fondos seccionales y locales deberán actuar como agencias aseguradoras, o contratar dicha gestión con terceros, pero es de notar que sobre todo al municipio corresponde además articular una política global de salud (promoción y prevención)^{11/}. Sólo los servicios de consulta externa, maternidad, hospitalización, rehabilitación y cirugía podrán ser manejados mediante el sistema de aseguramiento.

En la propuesta del DNP, también se da la misma descentralización de las entidades administradoras y prestadoras de servicios médicos, ajustándose a la ley 10. Sin embargo, el papel de los Fondos Locales o Seccionales se circunscribe al subsistema público donde cumple un papel fundamental. En la propuesta no es clara la entidad que debe asumir la dirección y planeación del sistema, aunque se puede deducir que ésta ha de ser el Ministerio de Salud.

Por último, en la propuesta del ISS sólo se da descentralización en la función de prestación de servicios médicos. La función de aseguramiento está monopolizada y centralizada. A pesar que se le da mucha importancia a la descentralización como una necesidad del sistema, es poco lo que desarrolla el tema.

c. Identificación de los usuarios, afiliación y recaudo:

El tema de la identificación y afiliación de los usuarios y el recaudo de sus aportes son puntos neurálgicos en la relación entre administradores, fondo y usuarios, ya que de su operatividad y eficiencia depende que el sistema sea viable financieramente.

i. Identificación:

Cada una de las propuestas requiere identificar diferentes tipos de usuarios para determinar el tipo de derechos y deberes de cada uno en el sistema. Sin embargo, no todas las propuestas contienen la misma categorización de los usuarios.

Mientras que la propuesta del ISS habla de seis categorías de usuarios (indigentes, desocupados, informales, independientes, asalariados y afiliados), la del Min-Salud habla de cinco: pobres (miseria y con NBI), informales, jubilados y asalariados, y en la propuesta del DNP sólo se diferencia entre pobres y no pobres. Sin embargo, a pesar de que cada una se refiere a ellos, ninguna establece mecanismos claros para identificarlos, lo cual puede ser uno de los problemas más difíciles de resolver en un sistema de

^{10/} No es claro que los Fondos Locales puedan llegar a cumplir funciones diferentes a la de ser una simple cuenta de la Dirección Local de Salud.

^{11/} En la propuesta del ISS esta función corresponde a la agencias prestadoras de servicios personales de salud.

seguros de salud. Además, existen otros problemas en la categorización.

En la propuesta del ISS, en la categoría de independientes hay que diferenciar entre aquellos que son pudientes y los que no lo son. La propuesta del Min-Salud sólo habla de los informales, pero incluye ésta a los independientes? También, existen categorías que no son mutuamente excluyentes. Por ejemplo, puede existir un asalariado o un independiente que sea indigente o pobre, o un asalariado que sea un afiliado al ISS.

En conclusión, existe un gran vacío en los mecanismos para identificar a los usuarios del sistema, además de la existencia de problemas en la categorización de los usuarios. La determinación de los usuarios en diferentes categorías es un aspecto de crucial importancia para la operatividad de las propuestas, ya que cada una implicará la realización de acciones diferentes para lograr su afiliación y posterior recaudación de sus aportes.

ii. Afiliación y recaudación:

Una diferenciación fundamental entre los usuarios del sistema debe ser entre aquellos que deben y pueden cotizar y aquellos que (aunque debiendo hacerlo) no pueden. Independientemente de los problemas de identificación de cada uno, las tres propuestas plantean esquemas diferentes de afiliación. En la propuesta del ISS todos los usuarios (pobres y no pobres) se afilian al Fondo Unico y éste se encarga de redistribuir recursos entre aquellos que cotizan más y los que cotizan menos, y entre aquellos que cotizan y los que no lo hacen. En la propuesta del Min-Salud todos (pobres y no pobres) se afilian a alguna agencia aseguradora que está en la obligación de recibirlo, aunque luego, por aquellos que no cotizan, el fondo de solidaridad se encarga de enviar los dineros a la respectiva aseguradora. Es así como a pesar de existir diferentes instituciones que cumplen la labor de aseguramiento en estas dos propuestas, tanto pobres como no pobres entran en un mismo sistema que se encarga de redistribuirlos.

Por el contrario, en la propuesta del DNP no ocurre lo mismo. Los usuarios pobres entran al subsistema público, mientras que los no pobres van al subsistema privado. En el subsistema público los pobres, con el apoyo de los subsidios estatales (canalizados a través de los Fondos Locales) pueden acceder a los servicios médicos asistenciales, siendo su afiliación obligatoria, aunque no se desarrollan mecanismos para que esto se cumpla. En el subsistema prepagado, los usuarios se afilian libremente^{12/} a las aseguradoras (sin que ninguna pueda rechazarlo).

^{12/} Existe, además, una penalización por su no afiliación a un sistema de seguros.

El establecimiento de dos subsistemas puede generar problemas. En primer lugar, un sistema termina subsidiando al otro, lo cual implica que los dos subsistemas no son totalmente independientes. Y en segundo, se crea una medicina para ricos y otra para pobres, lo cual es profundamente inequitativo a los ojos de la sociedad.

La afiliación a los servicios de salud del ISS y de las Cajas de previsión pasa a ser voluntaria, pues estas entidades pasan a ser una más de las agencias aseguradoras del sistema. Sin embargo, a pesar de que los esquemas de afiliación están planteados, no se desarrolla la manera como se debe atraer a los usuarios.

Lo mismo ocurre con los aportes de los usuarios al sistema. Cada propuesta establece los montos de los aportes de los afiliados. Sin embargo, no es clara, ni se desarrolla, la manera de recaudarlos. En algunos sectores es mucho más fácil el recaudo, como en el sector asalariado a través de descuentos sobre la nómina, pero en sectores como el informal el recaudo requiere de fórmulas bastante imaginativas.

Las tres propuestas no están de acuerdo en el monto de la cotización que deben pagar los usuarios (no-pobres), aunque sus valores son bastante cercanos. En la propuesta del ISS se proponen dos métodos de estimación de los aportes al sistema: por un lado, a través del cobro de cotizaciones proporcionales al ingreso, de 12% por familia, sin importar su número, para trabajadores independientes, asalariados y afiliados al ISS; y, por otro, de una cuota fija de \$1,200 por mes (pesos de 1991) para los informales^{13/}. En la propuesta del Min-Salud se habla únicamente del cobro de un aporte proporcional al ingreso entre un 10 y 12% para todos los usuarios no-pobres. Por último, en la propuesta del DNP, al igual que la propuesta del ISS, se habla de cotizaciones proporcionales y fijas. Para los asalariados las cotizaciones serán con base en el salario y para los trabajadores independientes con capacidad de pago serán fijas, aunque el porcentaje y su monto está por estimarse de modo que equilibre los ingresos y los gastos del sistema. Sin embargo, subsisten dudas en la propuesta sobre cuál debe ser el ingreso familiar que hay que utilizar. Con todo, la cotización propuesta se movería entre 8.4% y 12%.

En el caso específico de los asalariados, en todas las propuestas existe consenso en que se debe mantener el sistema en el cual el empleador aporta dos terceras partes de la cotización y el empleado la tercera parte restante. Además, todas hablan de una cotización por familia sin importar su número. Sin embargo, el no tener en cuenta el número de miembros en una familia puede generar problemas, de equilibrio financiero del sistema. Al respecto, no

^{13/} El establecimiento de cuotas fijas para los informales y cuotas proporcionales para los asalariados implica implícitamente un subsidio de parte de éstos a favor de aquellos.

existe consenso sobre el tamaño promedio de una familia en el país^{14/}.

Como se había dicho, los métodos para lograr recaudar los recursos aportados están muy poco desarrollados en las propuestas. La propuesta del Min-Salud es la que desarrolla más este aspecto sin llegar a agotarlo. Las tres propuestas reconocen como un mecanismo fundamental de recaudo el descuento de la nómina en el caso de los asalariados, pero allí se quedan. Este es el aspecto fácil, pero qué hacer con los independientes y los informales? Min-Salud propone sistemas diferentes como sobretasas en los servicios públicos domiciliarios, impuestos municipales, cobro con estampillas, notas de débito en cuentas corrientes o tarjetas de crédito, aunque no los desarrolla.

d. Regulación:

La regulación juega un papel fundamental en los tres esquemas propuestos. Al igual que en toda la literatura, se reconoce que el sistema no puede funcionar en un esquema totalmente privado y libre. Es así como en el esquema más liberal (DNP), a pesar de que admite una gran competencia, está de acuerdo en que ésta debe ser regulada.

En la relación entre agencias administradoras y usuarios se reconoce, en las tres propuestas, que debe existir regulación al menos en los siguientes aspectos:

i) Regulación del paquete mínimo estándar de salud integral por familia, con mínimos de calidad y servicios ofrecidos por las agencias administradoras o aseguradoras (entidades de prestación de servicios personales en el caso del ISS).

Todas reconocen la necesidad de un paquete integral que cubra los tres niveles de atención, aunque debe delimitarse aún más su alcance. La determinación de un paquete mínimo básico es fundamental para la diferenciación entre los servicios a que cada agencia aseguradora está obligada a ofrecer y aquellos que se denominan como complementarios y que pueden ser adquiridos por el usuario de acuerdo a su costo.

ii) Afiliación de los usuarios: Toda administradora o aseguradora está en la obligación de afiliar a cualquier usuario que se lo solicite. Además, se ha de incentivar los mecanismos de afiliación y se debe penalizar la no afiliación debido a su carácter obligatorio.

^{14/} Los cálculos van de cotizantes por familia promedio de 2 miembros, en el caso del ISS, y familias con más de cinco miembros en la propuesta del ministerio.

También existen propuestas de regulación, aunque no planteados de manera unánime, en los siguientes aspectos:

- i) Regulación de la composición de los grupos de usuarios por agencia aseguradora (DNP).
- ii) Control de los costos administrativos, máximo 10%, de las agencias aseguradoras (Min-Salud).
- iii) Ruptura de los monopolios de la demanda y de las clientelas institucionales (Min-Salud).
- iv) Autorización del gobierno para la operación de las agencias administradoras (Min-Salud).
- v) Tiempo mínimo de afiliación para el acceso a ciertos servicios (DNP).
- vi) Regulación de la transferencia de usuarios entre compañías (Min-Salud y DNP).

e. Libertad y obligatoriedad:

En dos de las tres propuestas la libertad de elegir una agencia de aseguramiento juega papel fundamental en la eficiencia del sistema (Min-Salud y DNP). Sin embargo, en la del DNP, esta libertad es relativa según el subsistema de que pertenezca el usuario (público o privado). Ambos subsistemas tiene racionalidades diferentes y esto puede generar sus problemas. Como lo ha resaltado la literatura (Van de Ven, 1991) "una estructura financiera en la que no se coordinan la asistencia médica y los servicios sociales menoscaba la eficacia de la asistencia médica, es un obstáculo al cambio y produce al mismo tiempo efectos recurrentes no deseados...una financiación por múltiples fuentes y unas normas complejas impiden muchas veces sustituir con eficacia un servicio de asistencia médica por otro."

Además, un sistema de seguros de salud con dos subsistemas como el que propone el DNP puede tener problemas como una distribución de primas desequilibradas, que con frecuencia se percibe como injusta; la eliminación de la libertad de elección del usuario en el subsistema público; y problemas inherentes a la transición del sistema de cajas de seguros de salud a seguros de salud privados, y viceversa.

Un corolario necesario del principio de libre elección es la obligación del asegurador de afiliar a toda persona que quiera hacerlo. Sin este principio el derecho a elegir libremente sería apenas un derecho en el papel, que generaría problemas de selección adversa. Las tres propuestas reconocen esta obligación de las aseguradoras. Además, se consagra que debe existir un buen sistema de información, que está por desarrollarse, que facilite la

decisión de los usuarios, tanto de inscripción como de cambio de servicios.

En el caso del ISS, como ya se hizo hecho referencia, no es clara la libertad de elección del usuario, con los problemas que esto puede generar sobre la eficiencia.

f. Solidaridad:

Todas las propuestas reconocen la necesidad de que exista solidaridad en el sistema de seguros de salud. La propuesta del ISS es la que mayor peso le da a este principio.

La aplicación de este principio reconoce la existencia de individuos que por sí solos no tienen la capacidad económica de costearse los servicios personales de salud y también la de individuos con probabilidades diferentes para enfermar. Aplicando este principio, esta propuesta trata de agrupar al máximo los riesgos y los recursos. Para lograr esta solidaridad el aporte del individuo al fondo debe depender de sus ingresos y no de su riesgo de enfermar.

La propuesta del ISS logra este máximo de solidaridad, tanto fiscal como parafiscal, ya que al existir un único fondo de recaudo (recursos fiscales y de los afiliados) y aseguramiento, éste puede trabajar con el costo promedio de la comunidad. En la propuesta del Min-Salud la solidaridad entre toda la comunidad se da de manera indirecta al recaudarse de acuerdo a la capacidad de pago y otorgarse los servicios de acuerdo a las necesidades del usuario. Sin embargo, no todos los recursos parafiscales se reúnen en un fondo único, ya que al Fondo de Solidaridad sólo llegan el 15% de los recursos recaudados por las aseguradoras (aunque si llegan todos los recursos fiscales destinados al ramo).

En la propuesta del DNP la solidaridad se genera con la canalización de los recursos fiscales, que pagan las personas de mayores recursos a través de impuestos, hacia el subsistema público. Para el subsistema de prepago se establece adicionalmente, la solidaridad por cotizaciones que se fijan según el ingreso de los asalariados.

g. Participación comunitaria:

Ninguna de las tres propuestas consagra elementos concretos que generan la participación comunitaria en las agencias administradoras (aseguradoras), ni en el fondo.

2. Relación administradores y proveedores

Al analizarse la relación entre estos dos agentes surgen las siguientes preguntas: ¿Qué tipo de contratación debe existir entre aseguradores y proveedores?; ¿Los servicios deben pagarse retrospectivamente o prospectivamente?; ¿Debe ser la contratación obligatoria o el asegurador puede escoger aquel proveedor que le ofrezca mejores servicios?; ¿Cómo lograr que los servicios contratados sean de óptima calidad?; ¿Debe el seguro cubrir la totalidad de los gastos incurridos por el usuario o debe el usuario compartir parte de los costos médicos (franquicias o deducibles)?; ¿Cómo lograr que no exista un comportamiento inmoral por parte de los médicos que lleve a un aumento inusitado de los costos (control de costos)?; ¿Cómo lograr un sistema eficiente de contratación?; ¿Debe existir regulación?

a. Naturaleza y funciones de los proveedores:

En todas las propuestas existe un relativo consenso en las funciones y naturaleza de las entidades prestadoras de servicios de salud. Estas deben ser entidades con autonomía administrativa, patrimonio propio y personería jurídica. Pueden ser tanto públicas como privadas, con o sin ánimo de lucro.

En la propuesta del ISS existe una diferenciación entre estas entidades que no se consagra entre las dos propuestas: la diferencia entre entidades prestadoras de servicios personales de salud y los hospitales^{15/}. Las primeras tendrían en parte las funciones de una agencia aseguradora de las otras dos propuestas. Estas deben adscribir a los usuarios ofreciéndoles un directorio médico y hospitalario del cual podrán escoger. Adscrito libremente el usuario, deberá quedarse en la respectiva entidad por un tiempo mínimo. El Fondo Unico pagará por capitación el valor de los servicios de promoción, prevención y básicos ambulatorios, y periódicamente la entidad facturará al fondo los servicios de nivel secundario y terciario prestados a sus adscritos y el fondo pagará de acuerdo a tarifas por servicio.

b. Separación entre aseguradores y proveedores:

Un punto necesario de partida para analizar la relación entre estos dos agentes es que efectivamente exista independencia entre los

^{15/} Esta diferencia no tiene porque ser obligatoria, pudiendo una sola organización prestar todos los servicios.

dos. En la propuesta del ISS si bien existe una diferenciación entre el fondo único y los proveedores, no es clara la separación entre las entidades administradoras y los proveedores. Las entidades prestadoras de servicios personales de salud se confunden con las entidades intermediarias o administradoras que existen en los otros dos esquemas. Sin embargo, la Directora del ISS en marzo habló de la necesidad de separación total entre entidades administradoras y prestadoras de servicios, aunque no fueron claras las implicaciones de esa afirmación sobre el ISS mismo. En la propuesta del Min-Salud se dice expresamente que las entidades aseguradoras no pueden prestar servicios médicos, cosa que en la propuesta del DNP no se dice explícitamente.

La separación en las funciones de aseguramiento y provisión es un punto que ha sido identificado como necesario para la eficiente operación de un sistema de seguros de salud. La especialización de funciones así lo exige. En el caso de los proveedores éstos deben actuar como verdaderas empresas con patrimonio propio, autonomía administrativa y personería jurídica, sean públicas o privadas. Todas las propuestas coinciden en que la empresarialización de las entidades prestadoras de servicios es fundamental.

"En la búsqueda de la eficiencia en la gestión de los recursos, en la oportunidad y calidad de los servicios resulta indispensable adelantar la empresarialización de diferentes actividades, sean ellas realizadas por entidades públicas, mixtas o privadas; la modernidad parece imponer simultáneamente también la universalización de ciertas reglas económicas y administrativas en forma independiente del carácter jurídico de la empresa que realice la actividad"¹⁶/.

c. Sistemas de contratación:

En la relación entre aseguradores y proveedores el punto fundamental de discusión a nivel mundial se refiere a los sistemas de contratación entre estos dos. Un sistema de contratación eficiente debe tener en cuenta dos cosas: mecanismos de control de los costos médicos y el mantenimiento de mecanismos que premien la eficiencia en el servicio. En un punto tan trascendental como éste, es poco lo que avanzan las propuestas.

Todas ellas reconocen la necesidad de la existencia de sistemas de pagos prospectivos, aunque no se desarrolla el tema y se habla de múltiples sistemas sin que se establezca cuál debe ser el sistema óptimo. En el caso de la propuesta del ISS se habla del pago por capitación en los servicios de promoción, prevención y atención ambulatoria; y en los servicios de nivel secundario y terciario se

¹⁶/ Jaramillo, Iván (1991), "Hacia un Sistema de Seguridad Social en Salud Eficiente, Solidario y Universal", Mimeo, Bogotá, noviembre.

habla de pago por tarifas por servicios prestados. En la propuesta de Min-Salud, se habla de manera muy vaga de diferentes sistemas: en los servicios de promoción y prevención se habla del pago según los criterios establecidos en los programas de salud pública, su cobertura y su impacto; en los servicios asistenciales (ambulatorios y hospitalarios), tarifas en costos estándar por tipo de procedimiento y sistemas de anticipos y reembolsos por servicios prestados y volumen de producción; y en los servicios asistenciales en condiciones específicas se habla de sistemas como la capitación, regulaciones salariales, facturas individualizadas o tarifas diarias por diagnóstico. Por último en la propuesta del DNP, se habla de pago con base en costo promedio por familia inscrita y atendida en la atención primaria y pago con base en costos estándar en los servicios hospitalarios.

Un gran vacío en las propuestas es la inexistencia de referencias a los aspectos de control de la tecnología. El ISS es quizás el único que se refiere al tema al plantear el Fondo Unico, ya que a través de éste se puede lograr un sistema de contratación con los proveedores que lleve a un control de la tecnología.

d. Regulación:

En las tres propuestas se da libertad a las entidades aseguradoras para contratar los servicios de las entidades que ofrecen mayor calidad y eficiencia. Sin embargo, no existe libertad en el tipo de contratos que debe existir con cada agencia. Como se vio en los sistemas de contratación cada propuesta propone las características esenciales de cada contrato. Además, existirá control sobre la calidad de los servicios ofrecidos.

Hay que darle juego a que las agencias y los prestadores mejoren eficiencia. Si no, para qué la competencia? La regulación está en el alcance del paquete, y no en cómo cada agencia asegura, ofrece o contrata.

3. Relación asegurados y proveedores

En este caso las preguntas que han de ser resueltas por las propuestas son: ¿Cómo lograr que se satisfagan óptimamente las necesidades de los usuarios (calidad)?; ¿Cómo lograr que el usuario controle el comportamiento inmoral de los médicos?; ¿Puede el usuario escoger su médico?; ¿Cómo lograr que el usuario escoja el proveedor de mejor calidad?; ¿Cómo lograr que el usuario no tenga un comportamiento inmoral?.

En este aspecto las propuestas son bastante pobres y ninguna habla de mecanismos efectivos de información para que el usuario pueda escoger entre aquellos proveedores de mejor calidad, lo cual es un presupuesto básico para que la libertad de elección del asegurado de un entidad prestadoras de servicios.

En las tres propuestas se reconoce la necesidad de una competencia en la provisión de los servicios médicos y la necesidad de un control de la calidad de los servicios ofrecidos.

a. Copago:

Las tres propuestas reconocen la necesidad de franquicias o copagos por parte del usuario como mecanismo fundamental para el control de comportamientos inmorales por parte de usuario.

En las tres propuestas el esquema será regulado por el Estado para garantizar una oferta de servicios adecuada y calidad de la atención de los servicios de salud.

En la propuesta del DNP, según la capacidad socioeconómica de los afiliados, se establecerán topes para el pago inicial de consultas y medicinas.

b. Participación comunitaria:

Unicamente en la propuesta del Min-Salud se plantea la posibilidad de que representantes de la comunidad tengan cabida en el organismo directivo de las instituciones prestadoras de servicios de salud y del servicio municipal y departamental de salud.

B. Flujo de los recursos

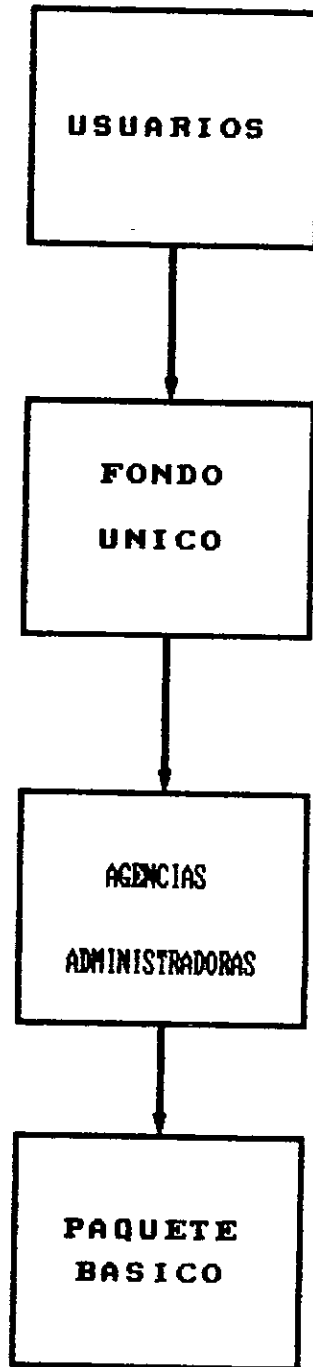
En las tres propuestas se puede decir que existen dos tipos de flujos de los recursos hacia la consecución de un paquete dado.

En un primer esquema los recursos fluyen gráficamente en una línea recta: el fondo único recauda los aportes de los afiliados, éste luego los distribuye entre diferentes agencias administradoras que se encargan de agrupar a diferentes grupos de población y les ofrece un paquete básico integral regulado que ha de ser cubierto por las entidades prestadoras de servicios al pagárseles por alguno de los sistemas de contratación propuestos. Este es el esquema propuesto por el ISS y se caracteriza por su simplicidad. Requiere, sin embargo, de fuertes mecanismos de control y de criterios de distribución claros (gráfico 5).

Otro punto favorable de este esquema es que elimina posibilidades de selección adversa, pues el usuario no es identificado por la aseguradora por los recursos que cotiza o aporta, sino tan sólo como persona afiliada.

En un segundo esquema, el flujo es un poco más complicado y ofrece mayores problemas. Los aportes de los afiliados son recaudados por diversas agencias a lo largo de todo el país. Los recursos recaudados por cada agencia son en parte apropiados por ésta para el cubrimiento de los paquetes de sus afiliados y parte es enviada

Gráfico 5
FLUJO DE RECURSOS
(línea recta)



a un fondo único que ha de redistribuirlos entre las diferentes agencias, teniendo en cuenta tanto aspectos de eficiencia como de solidaridad. Además, el fondo único ha de recibir los aportes fiscales y redistribuirlos con los mismos criterios. Redistribuidos los recursos a las agencias, éstas deciden cómo contratar con los proveedores y así cubrir el paquete básico (gráfico 5A).

Un punto fundamental que se relaciona con la reasignación de recursos entre el fondo único y las aseguradoras es cómo establecer un sistema de primas entre estos dos agentes de tal manera que se premie la eficiencia sin desconocer los aspectos solidarios. Esto está en la base de la viabilidad económica. En las propuestas del Min-Salud y el DNP no se ha desarrollado bien este tema y en ningún caso se está premiando si las aseguradoras funcionan mejor o peor. Los recursos entre el Fondo y las aseguradoras deberían asignarse no sólo por el riesgo de la población a cargo de cada agencia teniendo criterios de costos diferenciados por región y origen socio-económico, si no también por la forma en que logran manejar su población adscrita. En principio se debería partir de un criterio mínimo que sea la población sana y luego repartir los excedentes por eficiencia.

V. VIABILIDADES

En esta sección se tocan los temas de viabilidad financiera, política y administrativa de las tres propuestas. La viabilidad económica, en el sentido de eficiencia e incentivos económicos, para que el sistema funcione adecuadamente, fue desarrollada en el capítulo de comparación de propuestas, en las distintas relaciones funcionales de sus agentes.

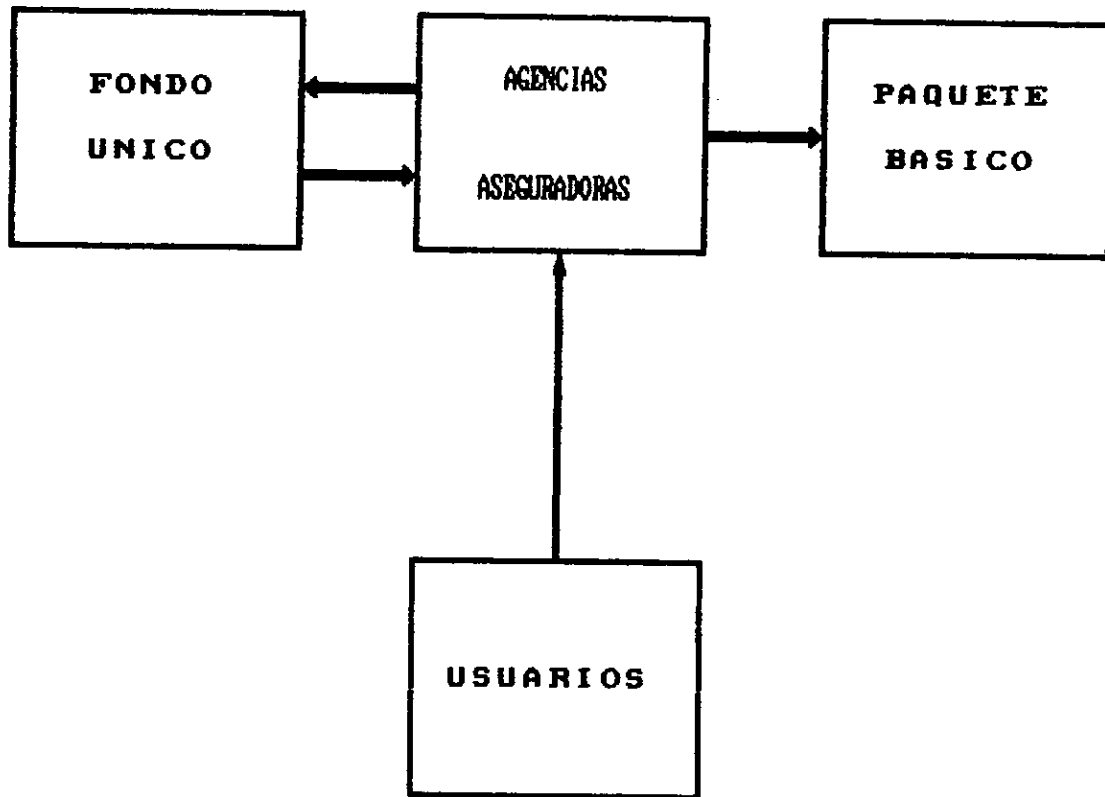
A. Viabilidad financiera

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.

1. **Propuesta del ISS** : Esta propuesta desagrega la población en seis grupos -indigentes, desocupados, informales, independientes, asalariados no cubiertos y afiliados-, desagregación que resulta

FLUJO DE RECURSOS (esquema complejo)



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 puede ser 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 a 1, en tanto que el tamaño de las familias en Colombia implicaría una relación de 4 a 1.

a. 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.

b. Ingresos

En cuanto a los ingresos al sistema 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 las cuentas 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

Cuadro 1
PROPUESTA ISS - ANALISIS FINANCIERO

GRUPO No.	COBERTURA FAMILIAR DENOMINACION	POBLACION	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 NUMERO: \$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 INVERSION EN INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE
	CAJAS DE COMPENSACION			40,000.000	CORRESPONDE AL 25% DEL TOTAL DE INGRESOS DESTINADOS A SALUD
	VENTA SERVICIOS			72,000.000	VENIA DE SERVICIOS DE LOS ACTUALES HOSPITALES PUBLICOS
	ECOSALUD			50,000.000	SE ESTIMA EL PRODUCIDO ANUAL DE ECOSALUD
	T O T A L E S	32,976.287	1,161,837.029	1,405,526.000	
			* \$35,232.50 por beneficiario		

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.

c. Equilibrio financiero del Sistema

Con base en estos supuestos, los gastos de cubrir adecuadamente 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 100% 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.

2. **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)^{17/}."

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 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 NBI ^{18/}. 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.

a. 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.

^{17/} Agudelo, Carlos. Desarrollo del Sistema de Salud en "Desarrollo del Sistema de Salud en Colombia". Serie de Debate No. 1. Minsalud, Bogotá, julio 1991.

^{18/} Rodríguez, J. A. Red de protección para los grupos vulnerables. Proyecto de Desarrollo Humano de Largo Plazo para Colombia. PNUD/Fedesarrollo. Bogotá, 1992.

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 \$112000 (incluye hospitalización).

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

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-prevenición.

b. 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 producen 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 \$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.

c. 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%.

3. **Propuesta del DNP:** La propuesta de Planeación Nacional es la que menos aventura, formalmente, los costos de su puesta en ejecución.

a. 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 es 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.

b. 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.

c. Equilibrio del Sistema

En todos los escenarios la cotización varía hasta que los ingresos logren cubrir los gastos (última 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 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.

2. 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:

i) 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

Cuadro 3
FINANCIACION DEL SISTEMA DE SALUD, D.N.P.

COTIZACION PROMEDIO POR FAMILIA	12.02	8.42	9.43
FINANCIACION			
I. RENTAS FISCALES			
. RENTAS SECCIONALES	116.524		
. SITUADO FISCAL	145.662		
. ECOSALUD	39.200		
. SUBTOTAL FINANCIACION 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
VII. TOTAL FINANCIACION	1240.784	1297.776	1409.759
COSTO FINANCIACION	18.336	75.328	187.311
INGRESO FAMILIAR PROMEDIO MENSUAL	158.391	240.742	210.129

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.

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

iii) 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 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.

iv) 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).

v) 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.

B. Viabilidad política

La aceptación y actitud que tengan los diferentes agentes que intervienen en el sistema -usuarios, agencias intermediarias, prestadores de servicios y el entorno mismo- determina la viabilidad política de las propuestas. Para que los usuarios acepten el sistema propuesto, el paquete de servicios ofrecido debe ser bueno -al menos mejor que el anterior- y los gastos que éste suponga para el usuario deben ser accesibles y razonables. La aceptación por parte de los prestadores del servicio de salud está íntimamente ligada al sistema de contratación que se emplee. Estos son los aspectos que se desarrollan en esta sección.

No se toca la viabilidad por parte de las agencias administradoras ni por parte del entorno. La aceptación por parte de las primeras está en función de los roles que se les asigne y de su relación con las actuales instituciones que conforman al sistema, así como de la utilidad que ellas puedan derivar de su participación. Los aspectos de compatibilidad con las actuales instituciones del sector se desarrollan en la sección sobre la viabilidad administrativa donde

también se discutirá el papel de los municipios y las regiones como agentes que participan en el funcionamiento del sistema; los aspectos de utilidad, en especial la económica, fueron tratados en la comparación de las propuestas en la relación entre usuarios y agencias administradoras.

La aceptación que pueda darle el entorno al sistema y más concretamente la viabilidad política de una reforma como la propuesta, es una consecuencia de la forma adecuada con que logre dársele operacionalización a los puntos anteriores. Encuentra, eso sí, un factor político favorable como es la imposición que hace la nueva Constitución para que el tema se aborde con prontitud y la conciencia que existe hoy día en el país porque las cosas, en materia de seguridad social, deben cambiar. Encuentra también la dificultad que supone remover buena parte de las viejas estructuras que hoy rigen la seguridad social en Colombia.

Hay que adelantar que las propuestas no han mirado con detenimiento la mayoría de estos temas, pues se han preocupado sobre todo de mirar hacia dónde se quiere ir, con marcos suficientemente amplios, independientes de la viabilidad de una pronta puesta en ejecución de las propuestas. Estas, se puede decir, aún no han entrado en su etapa de operacionalización.

1. Propuesta ISS:

a. Usuarios: Los siguientes elementos, que tienen que ver con la oferta del servicio, parecen no introducir ningún efecto negativo en la aceptación por parte del usuario, aunque algunos merecerán, en el futuro, un mayor desarrollo. La propuesta ISS, como las otras dos, pretende mejorar el servicio -en eficiencia, calidad y oportunidad-. Sin embargo, como ya se ha venido formulando, de las tres es la que ofrece menores posibilidades reales para cumplir con este cometido, en particular en aumentar la eficiencia. Ofrece, eso sí, el paquete con mayor alcance, casi ilimitado, lo que resulta muy positivo para el usuario. No avanza elementos sobre cómo se pondría en ejecución la obligatoriedad de la afiliación, salvo para el caso de los asalariados que continuarían cotizando en las mismas condiciones actuales.

Se requerirá un mejoramiento del servicio, pues hoy día hay descontento en una parte de los usuarios asalariados, en especial los de altos ingresos. También que se avance en cómo se haría la afiliación para los informales (se habla de un aporte bajo por familia, pero no del mecanismo para atraerlos), así como de los independientes.

El costo del paquete es otro factor determinante de la actitud del usuario y del empleador. La propuesta mantiene la distribución entre empleador (dos terceras partes) y empleado (una tercera parte) de la cotización cuando se trata del sector formal. Mantiene también el nivel de cotización familiar en 12%. Este valor empieza

a tener opositores, en especial de los empleadores, quienes ante las deficiencias del actual servicio deben recurrir a la doble afiliación. También porque las comparaciones internacionales muestran que esa cotización puede resultar algo elevada. De todas formas, mantener esa cotización no es un inconveniente insalvable pues ya ha sido asumida desde años atrás, pero exige, y esto es lugar recurrente, que se refleje en un mejor servicio, que haga innecesaria la doble afiliación haciendo que el esfuerzo financiero adicional resulte no forzoso y relacionado tan sólo con servicios complementarios al paquete básico.

Complementariamente, no debe olvidarse que la propuesta persigue subsidiar a la totalidad de la población vulnerable del país con recursos fiscales. Esto le da aceptabilidad a la propuesta en lo que concierne a este grupo de población.

Queda, sin embargo, la duda de cual será la actitud del grupo de "informales". El incentivo no financiero para ellos está en que el servicio ahora sería más eficiente y cristalino, y que la existencia de multiplicidad de agencias (todas las propuestas son descentralizadoras aunque en ésta la autonomía asignada a las agencias es menor) -no así de regímenes de afiliación- puede facilitar su afiliación. El incentivo económico propuesto por el ISS es el de cotizaciones accesibles para este grupo de población, basadas en un salario integral de 1.5 salarios mínimos, que no es elevado. Falta sin embargo precisar aún más si ésto sería convincente para este grupo poblacional.

Al respecto, merece destacarse la propuesta de las Cajas de Compensación, en cabeza de Compensar, las que orientarían parte de sus recursos al cubrimiento en salud de los informales. Estas Cajas se encargarían de ofrecer un paquete de salud integral parcialmente subsidiado -la fuente de recursos para ello son los recursos que disponen por ley- y servirían de intermediarios para captar afiliados en ese grupo de población. Más aún, llegan a proponer que el sostenimiento de sus recursos quede condicionado a que ellas logren afiliar un número determinado de personas, pertenecientes a este grupo de población. Esta propuesta no debe desestimarse pues es un mecanismo válido para integrar las Cajas al sistema, manteniendo su carácter de entrega de subsidios familiares.

El co-pago es otro elemento que no puede olvidarse en cuanto a las actitudes que puede promover en el usuario. Este hace parte de las tres propuestas, aunque no es tan sustancial en la del ISS. Esa propuesta dice que las cuotas moderadoras no deben ser elevadas y deben ser graduales, pero no avanza en su cuantificación. De la estructura de ingresos se desprende que la venta de servicios alcanzaría a un 15%, lo que daría un tope al porcentaje que alcanzarían esas cuotas. Por lo pronto hay que rescatar el principio que las cuotas moderadoras deben ajustarse según el grupo socio-económico atendido y según el tipo de atención o de servicio prestado. Como su cuantificación no se ha desarrollado es difícil

adelantar comentarios al respecto, aunque no debe desconocerse que el gasto privado en salud ha tenido siempre altos niveles de inversión en el país lo que de alguna forma le da viabilidad a la implantación de estos pagos.

De otra parte, la actitud del usuario hacia el sistema puede mejorarse a través de diferentes estrategias que busquen su participación en él. No en vano la participación comunitaria aparece como un elemento importante en las diferentes propuestas. Esta participación está presente en la propuesta ISS tan sólo bajo la modalidad de libre escogencia por parte de los usuarios de las entidades prestadoras del servicio de salud. Ello lleva implícita la necesidad de que la información sobre los médicos y hospitales fluya, lo que no sucede en la actualidad.

La existencia de buenos sistemas de información y de control, es una necesidad en todas las propuestas pues está en la base de buena parte de las decisiones y del funcionamiento del sistema pero, valga decirlo, no se desarrolla a cabalidad en ningún caso.

b) Agencias prestadoras de servicios médico-asistenciales: La propuesta propone la contratación por capitación para los servicios básicos, aunque valga decirlo de una manera más "tímida" que las otras propuestas. Este mecanismo es novedoso en Colombia, siendo pocas las experiencias que existen al respecto, y que no muestran una posición -en uno u otro sentido- de los médicos sobre esa forma de contratación.

No debe desconocerse que todo cambio no deja de tener opositores. De una parte, los procesos de descentralización y la forma nuclear como se organizarían los médicos, hacen perder control y unicidad a ese gremio, y pueden llegar a generar una actitud negativa de su parte si no se les involucra en el sistema. Un canal, quizá el más sensible, es que participen en el proceso de negociación que debe llevar a definir las tarifas con que se realicen las contrataciones. Del éxito de esa negociación, y más ampliamente de la forma como se determinen las tarifas, depende en buena medida el funcionamiento del sistema. Ese punto, a pesar de la importancia que reviste, no está desarrollado con suficiencia en ninguna de las tres propuestas.

Así mismo es esencial la manera como se realice el control y la regulación de los servicios. Con el tiempo las tarifas tienen que ir ajustándose, debe existir diversidad regional que tenga presente sus diferencias en costos, y tiene que existir amplitud en la norma que permita que los agentes prestadores de servicios no se sientan ahogados por la reglamentación. Ciertamente, estos aspectos aún no han sido desarrollados en las propuestas, siendo éste uno de los vacíos que pronto deben llenarse, una vez decidida la línea a seguir.

De otra parte, la capitación supone que los prestadores de servicios médicos logren agruparse para poder cumplir eficazmente con las condiciones de contratación y para poder ofrecer un mejor servicio. Eso exige una cierta capacidad gerencial, aún inexistente en el cuerpo médico-asistencial. En ese orden de ideas, debe empezar ofreciéndose facilidades para la correspondiente capacitación, la que debe conducir a lo que se ha llamado la "empresalización" de los prestadores de servicios, término utilizado en las tres propuestas.

El mecanismo propuesto de que el dinero siga a la demanda y no a la oferta, también común a las tres propuestas -aunque con distintos énfasis- tiene también consecuencias importantes sobre la contratación, en particular con la de los hospitales. El pago a éstos se haría por servicio prestado y no por presupuesto histórico, como ha sido hasta la fecha en los hospitales públicos. Ello puede crear desajustes, en particular en el corto plazo. Debe preverse una etapa de transición, no prevista en la propuesta ISS, y en la cual el presupuesto fijo e histórico vaya paulatinamente perdiendo participación y paralelamente la venta de servicios vaya ganando dicha participación. En este nivel, la empresalización de los hospitales se hace cada vez más urgente y necesaria. Si esto no se prevé, el sistema no podrá funcionar.

2. Propuesta Minsalud:

a) Usuarios: La propuesta, como la anterior, pretende mejorar el servicio -en eficiencia, calidad y oportunidad- y le da una mayor y mejor integración al sistema de salud; ofrece un paquete que si bien se ocupa de los tres niveles de atención, resulta ser el que parece tener el menor alcance. La no explicitación de los paquetes impide comparar en detalle qué aspectos quedarían por fuera. Se destaca que se ofrece un mínimo de atención a toda la población, mínimo que se relaciona con la prevención y promoción, elemento que debe ser rescatado, pues muestra la necesidad de no dejarse llevar por el énfasis "curativo" sobre el "preventivo". Si bien los beneficiarios actuales del ISS podrían objetar una desmejora en sus condiciones, ello es debatible pues dado que el servicio debe mejorarse y que muchas de las condiciones cambiarían a favor del usuario, los dos momentos no resultan comparables y la caída en el alcance del servicio, que sería tan sólo teórica, no resultaría relevante.

La propuesta no avanza elementos sobre cómo se pondría en ejecución la obligatoriedad de la afiliación, salvo para el caso de los asalariados que continuarían cotizando a través de las nóminas. Avanza algo en cómo se haría la afiliación para los informales así como de los independientes: en el sector informal habrá que realizar acciones de sensibilización y educación para acercar al usuario al servicio, para hacerle conocer las bondades de la afiliación al sistema, lo que claramente debe estar enmarcado dentro de las políticas generales de educación en salud.

Pero lo que es más diciente en cómo convertir en "obligatoria la obligatoriedad" lo constituyen las ideas de condicionar el acceso a algunos servicios públicos a la afiliación al sistema de seguridad social. Podría pensarse, por ejemplo, que el mecanismo de cobro y afiliación se relacionara con el pago de los servicios públicos, como la electricidad (Olano G., en memorando al Viceministro, propuestas de cobro; también en propuesta piloto para cobro por servicios en el municipio de Chía). Compensar propone, también, que para matricular los niños a la escuela, la familia debe estar afiliada al sistema.

El costo del paquete es otro factor determinante de la actitud del usuario y del empleador. La propuesta mantiene la distribución entre empleador (dos terceras partes) y empleado (una tercera parte) de la cotización cuando se trata del sector formal. Insinúa, sin embargo, que los niveles de cotización pueden ser cambiados, puesto que se propone que la cotización familiar se mueva entre el 10 y el 12%. Esa posibilidad de reducción le daría, desde el punto de vista de los usuarios y en especial de los empleadores, gran viabilidad a la propuesta, pues les liberaría recursos. Complementariamente, la doble afiliación desaparecería puesto que la libre escogencia de aseguradoras y la prestación eficiente del servicio básico, limitaría los recursos adicionales a la búsqueda de servicios complementarios.

A su vez, no debe olvidarse que la propuesta persigue subsidiar con recursos fiscales a la totalidad de la población vulnerable del país. Esto le da aceptabilidad a la propuesta en lo que concierne a este grupo de población. Queda, sin embargo y como en el caso anterior, la duda de cual será la actitud del grupo de "informales". El incentivo no financiero para ellos puede estar en que el servicio ahora sería más eficiente, y que la existencia de multiplicidad de agencias puede facilitar su afiliación. El incentivo financiero es que parte del paquete se subsidiaría: el 65%, para la población con miserable y con NBI, y el 40% para la población no asalariada con NBI.

El co-pago, otro elemento que no puede olvidarse en cuanto a las actitudes que puede promover en el usuario, no se desarrolla con suficiencia en la propuesta. El valor de los aportes del usuario se podría dimensionar con base en los porcentajes del costo del paquete que no son subsidiados por parte del Estado, pero ello no habla con precisión de los co-pagos. El tema debe desarrollarse y debe preservar, como ya se mencionó, los principios de gradualidad en el tipo de atención y en el grupo de población.

La participación comunitaria aparece como un elemento importante en la propuesta del Ministerio. Está presente no sólo bajo la modalidad de libre escogencia por parte de los usuarios de las entidades prestadoras del servicio de salud, sino también de las agencias administradoras. También se preocupa de que la comunidad tenga acceso a los organismos directivos de las instituciones

prestadoras de servicios de salud y de servicios municipales y departamentales, esto último en atención a lo que plantea la ley 10. Este tipo de participación de la comunidad, aunque muy valioso, debe ser precisado aún más y supone, sin lugar a dudas una etapa de capacitación y formación en la comunidad.

b) Agencias prestadoras de servicios médico-asistenciales: La propuesta propone la contratación por capitación para los servicios básicos. Al igual que las otras propuestas no se desarrolla la forma como se daría esa contratación. Tampoco avanza cómo se realizaría el control y la regulación de los servicios y el ajuste que con el tiempo hay que darle a las tarifas, con base en la diversidad regional y sus diferencias en costos. Tampoco se desarrolla cómo se fomentaría la capacidad gerencial que requerirían los prestadores de servicios, en particular los hospitales, para poder participar adecuadamente en el sistema.

El mecanismo propuesto de que el dinero siga a la demanda y no a la oferta tiene, como ya se dijo, consecuencias importantes sobre la contratación en particular con la de los hospitales. El pago a éstos se haría por servicio prestado y no por presupuesto histórico, como ha sido hasta la fecha en los hospitales públicos. Ello puede crear desajustes, en particular en el corto plazo, lo que exige que se prevea una etapa de transición no desarrollada en la propuesta.

3. Propuesta de Planeación Nacional

El análisis de viabilidad política de esta propuesta no difiere en demasía de las anteriores. Por ello tan sólo se presentan los pocos elementos que pueden implicar un comportamiento diferente de los ya presentados.

a) Usuarios: La propuesta se dirige claramente a mejorar el servicio -en eficiencia, calidad y oportunidad- siendo la mejora en eficiencia, basada en mecanismos de competencia, el punto más sensible; ofrece un paquete que se ocupa de los tres niveles de atención y aunque completo resulta inferior en cobertura al del ISS. De nuevo no hay una explicación formal de ese paquete, salvo a través de un camino indirecto, el de Compensar, puesto que las dos metodologías fueron en buena medida similares.

La propuesta es la que menos avanza elementos sobre cómo se pondría en ejecución la obligatoriedad de la afiliación, salvo para el caso de los asalariados que continuarían cotizando a través de las nóminas y que financiarían el subsistema pre-pagado privado. Uno de los principales vacíos de la propuesta es que no avanza nada sobre cómo se haría la afiliación para los informales y sobre los independientes. Tiene el gran inconveniente de poder generar inequidades y por lo mismo descontentos en un sector de la población, al distanciar los dos subsistemas, el público y el privado, lo que puede redundar en un paquetes de atención básica

diferentes para los dos sectores. De otra parte, la obligatoriedad de afiliación al sistema puede acarrear algunos problemas sobretodo cuando se plantean penalizaciones por la no inscripción como lo sugiere la propuesta. Falta aclarar de qué tipo de penalizaciones se está hablando.

Sobre el costo del paquete, la propuesta mantiene la distribución entre empleador (dos terceras partes) y empleado (una tercera parte) de la cotización cuando se trata del sector formal. Sin embargo, presenta escenarios en los que los niveles de cotización varían del 8.4 al 12%. Esa posibilidad de reducción le daría, desde el punto de vista de los usuarios y en especial de los empleadores, gran viabilidad a la propuesta, pues les liberaría recursos. La doble afiliación desaparecería puesto que la libre escogencia de aseguradoras y la prestación eficiente del servicio básico, limitaría los recursos adicionales a la búsqueda de servicios complementarios.

El co-pago, otro elemento que está presente en la propuesta tampoco se desarrolla con suficiencia. La **participación comunitaria** aparece como un elemento importante en la propuesta de Planeación y está presente bajo la modalidad de libre escogencia por parte de los usuarios de las entidades prestadoras del servicio de salud y de las agencias aseguradoras. Esta competencia es elemento central de la propuesta.

b) Agencias prestadoras de servicios médicos y asistenciales: Se propone la contratación por capitación en lo que tiene que ver con los servicios básicos. Al igual que las otras propuesta no se desarrolla con suficiencia.

De otra parte, tanto la contratación por capitación como la competencia abierta por atraer los usuarios suponen una cierta capacidad gerencial por parte de los prestadores de servicios no necesariamente presente en el cuerpo médico-asistencial y en los hospitales. En ese orden de ideas, debe empezar ofreciéndose facilidades para la correspondiente capacitación, la que debe conducir a lo que se ha llamado la "empresalización" de los prestadores de servicios.

El mecanismo propuesto de que el dinero siga a la demanda y no a la oferta, común a las tres propuestas tiene, como ya se dijo, consecuencias importantes sobre la contratación, en particular con la de los hospitales. Para el efecto, parece pertinente la propuesta de Planeación de prever una etapa de transición, que permita que los hospitales, en especial los públicos, pasen de una presupuestación histórica a una por prestación de servicios.

4. Consideraciones adicionales:

Es claro que la no existencia de un adecuado sistema de información, que sirva también de control y de regulación, así como

la dificultad inherente a la determinación de las tarifas -incluso a la negociación de ellas-, son elementos que exigen una etapa de maduración del sistema, antes de que pueda entrar en operación. Así mismo, la capacitación que debe operarse a nivel local para que en ese nivel logren organizarse las correspondientes agencias, para que logren desarrollarse adecuados sistemas de afiliación en especial para la población no asalariada, para que los usuarios logren participar adecuadamente del sistema y para que los prestadores de los servicios de salud, en especial los hospitales, logren agruparse y "empresalizarse", exigen una gradualidad. Ello dice que habrá que actuar con prudencia pero también con decisión, si es cierto que se quiere cumplir con los objetivos fijados por la Constitución.

C. Viabilidad administrativa

En esta sección se presenta comparativamente frente a la estructura actual del sector salud, la organización y funcionamiento de los sistemas propuestos, según las funciones asignadas a las diferentes entidades.

1. Organización vigente del sector salud

De acuerdo a la ley 10 de 1990 el sector salud está organizado en dos subsectores: el subsector oficial y el subsector privado. Del subsector público hacen parte las entidades descentralizadas del orden nacional, departamental, municipal o distrital; las dependencias directas de la Nación o de las entidades territoriales; las entidades o instituciones públicas de seguridad social, en lo pertinente a la prestación de servicios de salud (ISS, cajas nacionales o departamentales de previsión o compensación); y la Superintendencia Nacional de Salud. Del subsector privado hacen parte las instituciones privadas de seguridad social y cajas de compensación familiar (en lo pertinente a la prestación de servicios de salud); fundaciones o instituciones de utilidad común; corporaciones o asociaciones sin ánimo de lucro; y personas privadas naturales o jurídicas.

En cuanto a la responsabilidad y dirección del sistema de salud la misma ley establece divisiones a nivel territorial. La dirección y la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención corresponde a los municipios, distritos y áreas metropolitanas (hospitales locales y centros y puestos de salud). La dirección y prestación de servicios de salud del segundo y tercer nivel de atención corresponde a los departamentos y distritos. Todo esto sin perjuicio de las funciones que cumplen las entidades descentralizadas del orden nacional, cuyo objeto sea la prestación de servicios de previsión y seguridad social.

A nivel nacional la dirección del sistema corresponde a la Dirección Nacional del Sistema de Salud y está a cargo del

Ministerio de Salud. Sus funciones, entre otras, son las de formular y adoptar la política para el sistema de salud, programar la distribución de los recursos que corresponden a las entidades territoriales, expedir las normas científico administrativas de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el sistema, vigilar el cumplimiento de las políticas y planes del sector, autorizar la prestación de servicios de salud, y coordinar y asesorar las actividades de las entidades del sector. En los departamentos existe una Dirección Seccional del Sistema de Salud que se encarga, entre otras funciones, de la prestación de asistencia a los municipios, coordina y supervisa la prestación del servicio en su territorio, programa la distribución de los recursos recaudados y administra los Fondos Seccionales de Salud en coordinación con la Secretaría de Hacienda. A nivel local, existe la Dirección Local del Sistema de Salud que coordina y supervisa la prestación del servicio en su territorio, programa la distribución de los recursos recaudados en el respectivo municipio, estimula la atención preventiva familiar extra-hospitalaria y el control del medio ambiente, y administra los Fondos Locales de Salud en coordinación con la Secretaría de Hacienda, entre otras funciones.

Los Fondos Seccionales o Locales de Salud se manejan como una simple cuenta especial del presupuesto de la respectiva entidad territorial y son administrados por la respectiva dirección seccional o local de salud.

En cuanto a las entidades de prestación de servicios de salud en los diversos niveles de atención, sólo se les podrá autorizar su funcionamiento, desde la vigencia de la ley 10 de 1990, dotándolas de personería jurídica y autonomía administrativa. Se exceptúan de este régimen, las unidades de prestación de servicios de salud de las instituciones de previsión y seguridad social y del subsidio familiar, los puestos y centros de salud, pertenecientes a entidades descentralizadas que presten sus servicios en el municipio de su jurisdicción. Además la administración de estas entidades deberá desarrollar un régimen de control de gestión que incluya indicadores de eficiencia y sistemas de información.

En cuanto al ISS, está organizado de acuerdo a las disposiciones establecidas por la ley 90 de 1946, los decretos 1050 y 3130 de 1968, 433 de 1971, 1650 y 1700 de 1977 y a los estatutos del acuerdo 448 de 1988. Este funciona como un establecimiento público con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, adscrito al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Está sometido a la dirección y coordinación del Consejo Nacional de Seguros Sociales Obligatorios, ello sin perjuicio de la obligación que tiene de someterse a las normas del Sistema Nacional de Salud. Son funciones de este instituto: ejecutar la política general sobre seguros obligatorios; efectuar la inscripción de los afiliados y la facturación y recaudo de los aportes correspondientes; atender la prestación de servicios asistenciales y de salud correspondientes; proteger en forma integral la salud de sus

afiliados y familias^{19/}; elaborar los proyectos de reglamentos generales sobre condiciones y términos de los distintos seguros de salud; atender el pago de las prestaciones económicas correspondientes a los seguros de enfermedad general y maternidad; evaluar, clasificar y certificar los grados de incapacidad permanente y de invalidez; elaborar y expedir los reglamentos sobre seguridad e higiene industrial y prevención de accidentes y enfermedades profesionales; y las demás que le asigne la ley.

El Consejo Nacional de Seguros Sociales Obligatorios fue creado por el D.L. 1650 de 1977 como organismo del gobierno que tiene a su cargo la formulación de políticas y la dirección general del régimen de dichos seguros.

De acuerdo a la ley 15 de 1989, la Superintendencia Nacional de Salud es un organismo adscrito al Ministerio de Salud con personería jurídica^{20/}, autonomía administrativa y patrimonio independiente. Corresponde a ésta ejercer el control, inspección y vigilancia sobre las actividades que conciernen a la prestación de los servicios de salud de los seguros sociales obligatorios, asistencia pública, atención médica a cargo de entidades creadas o sostenidas por el Estado y liquidación, recaudo y transferencia de los recursos fiscales que se apliquen a tales actividades.

2. Propuestas

a. Propuesta I.S.S.

La propuesta del ISS propone la existencia de los siguientes agentes o instituciones para la operación del seguro nacional de salud: Fondo Unico Nacional, entidades prestadoras de servicios personales de salud, hospitales y usuarios.

i. Fondo único nacional

El Fondo Unico propuesto por el ISS es de carácter nacional, naturaleza pública y cumple las funciones de ser el recaudador único de las contribuciones del sistema, asegurados exclusivo, llevar la actuaría del sistema, fijar el monto de las contribuciones y beneficios, acreditar el derecho de cada individuo al

^{19/} De acuerdo al art. 6 del decreto 1650 de 1977 y al art. 2 del D.L. 433 de 1971, deberán afiliarse forzosamente al régimen del ISS los trabajadores nacionales y extranjeros que presten sus servicios a patronos particulares, los funcionarios de la seguridad social a que se refiere el D. 1651 de 1977, los trabajadores independientes de que trata el acuerdo 023 de 1984, y los pensionados del régimen de seguros sociales obligatorios.

^{20/} La ley 10 de 1990 eliminó la personería jurídica de la superintendencia.

seguro y contratar y pagar a los proveedores de servicios de salud. Sin embargo, la propuesta no desarrolla bien la manera como este Fondo Unico se inserta en la organización actual de la salud.

La propuesta aclara que este fondo no tiene que ser necesariamente el I.S.S.. No dice tampoco quién debe serlo, aunque anota que la experiencia del I.S.S., su infraestructura y conocimiento acumulado a lo largo de más de medio siglo no debe ser ignorada.

De acuerdo a la organización actual del I.S.S., dentro de sus funciones cabrían perfectamente las de recaudación, tanto de los aportes de sus afiliados como de los recursos fiscales (art.48, lit.b, D.L. 1650 de 1977), fijación del monto de los beneficios del paquete básico (art.48, lit.e); aseguramiento, actuaría del sistema y contratación con los proveedores del servicio. Sin embargo, la función de fijar el monto de las contribuciones excede las funciones del seguro, ya que ésta corresponde a la ley. Otras funciones como las consagradas en el art.48 literales c, d y f, del D.L. 1650 de 1977, referentes a la prestación de servicios asistenciales y de salud y el desarrollo de acciones de prevención, curación y rehabilitación excederían las funciones propuestas para el Fondo Unico, ya que éstas corresponderían a los proveedores de servicios. Además, de acuerdo como se ha planteado en diversas ocasiones, habría que separar en el ISS el manejo de los seguros de salud de los seguros económicos, por lo menos a nivel administrativo. Su separación institucional no es todavía clara, aunque para el manejo de un seguro nacional de salud de la magnitud propuesta sería conveniente. Esta sería una limitante adicional para que el ISS se convirtiera en el Fondo Unico, ya que implicaría dividir al ISS en dos entidades.

Adicionalmente, a pesar de que la propuesta no lo dice, todo esto obligaría a dividir nuevamente al I.S.S. en dos partes: una parte puramente administrativa y otra de prestación de servicios de salud. Esta segunda, además, requeriría eventualmente una segunda partición entre entidades prestadoras de servicios de promoción, prevención y básicos ambulatorios (que servirían de intermediarios entre los hospitales, el Fondo Unico y los usuarios, y los hospitales), y los hospitales.

La constitución de un Fondo Unico también implica problemas de confusión en las funciones de dirección del sistema, que está a cargo del Ministerio de Salud de acuerdo a la ley 10. No es claro quién debe planear y coordinar el sistema. La creación de un seguro nacional de salud de la magnitud propuesta implica que la dirección del mismo llegaría a abarcar algunas de las funciones del Ministerio de Salud. Se deben diferenciar claramente las funciones del Ministerio y el Fondo Unico, ya que esto podría generar problemas en el manejo del sistema de salud.

Si bien, el constituir al I.S.S. como Fondo Unico tiene sus ventajas, al no exigir una nueva ley que le permita a otras

entidades recaudar los recursos aportados por los usuarios, requeriría de una gran reforma administrativa de la institución a través de una ley. Como quedó consagrado en la nueva Constitución toda nueva contribución fiscal y parafiscal sólo puede ser creada mediante ley, ordenanza o acuerdo (art. 333 C.N.).

ii. Aparato prestación de servicios

La propuesta del I.S.S. diferencia entre dos tipos de organizaciones prestadoras de servicios de salud: las organizaciones prestadoras de servicios personales de salud y los hospitales.

- Organizaciones prestadoras de servicios personales de salud

De acuerdo con la propuesta del I.S.S., estas instituciones son las encargadas de garantizar los servicios de promoción, prevención y atención básica ambulatoria, además de ser las encargadas de las labores de intermediación entre los hospitales, el fondo único y los usuarios. Estas instituciones compiten por adscribir a los usuarios, pudiéndoles ofrecer servicios adicionales. Si éstas se ajustan a la ley 10, deberían operar a nivel municipal o distrital (puestos y centros de salud y hospitales locales). Sin embargo, de acuerdo a los principios de complementariedad y subsidiariedad consagrados en la ley 10, no habría inconveniente en que existieran organizaciones de servicios que prestaran sus servicios en los tres niveles de atención. También instituciones de carácter privado podrían prestar sus servicios. Es más, en la propuesta sólo se habla de entidades privadas (con o sin ánimo de lucro) para atender los servicios de este nivel. Esto desconocería la importancia de las entidades del subsector público que cumplen un importante papel en este sentido. Este punto ha ido diluyéndose en conversaciones sostenidas con los autores de la propuesta.

Sin embargo, desconoce los mecanismos consagrados en la ley 10 de 1990, ya que habla que la naturaleza de estas instituciones es privada (con o sin ánimo de lucro), las cuales eventualmente pueden ofrecer todos los servicios de atención. Aquí no se habla para nada de los fondos locales de salud, ni de la ley 10.

- Hospitales

La propuesta del I.S.S. habla de entes autónomos o de instituciones integrantes de agrupaciones de prestación de servicios personales. Pueden ser tanto públicos como privados. Esto se ajusta a lo contemplado en la ley 10 de 1990, aunque para el caso de las entidades prestadoras de servicios de salud pertenecientes a las instituciones de la seguridad social la ley las exepaña del requisito de tener autonomía administrativa y personería jurídica. Sin embargo, como se dice arriba, los hospitales del I.S.S. tendrían que separarse como entes autónomos de la parte administra-

tiva del seguro u ofrecer un servicio integral de salud en todos los niveles.

De otra parte, y esto es común a las tres propuestas, el hecho de que los dineros sigan a la demanda y no a la oferta, obliga a que los presupuestos se elaboren con base en servicios prestados. Si bien así sería para los gastos de funcionamiento, faltaría ver si también vale para los de inversión. En ese caso habría fuertes repercusiones en el Fondo Nacional Hospitalario, el cual deberá reformarse. Puede anotarse que al respecto ya hay inquietudes que se dirigen a reorganizar el Fondo, buscando que las funciones que le son asignadas sean cumplidas de cabalidad.

b. Propuesta Ministerio de Salud

La propuesta del Min-Salud consagra cuatro agentes fundamentales en el sistema de servicios de salud: la Dirección del Seguro de Salud (dentro de la cual existe un Fondo de Solidaridad o Reaseguro), diversas agencias aseguradoras del seguro nacional de salud, entidades prestadoras de los servicios de salud, entidades prestadoras de los servicios de salud y los usuarios.

i. Dirección Nacional del Seguro

En relación a las entidades existentes, la Dirección Nacional del Seguro de acuerdo a su naturaleza sería idéntica a la de la Superintendencia Nacional de Salud, creada en 1977 mediante el D.L. 1650 : autonomía administrativa, patrimonio propio y personería jurídica^{21/}, adscrito al Ministerio de Salud. En cuanto a sus funciones (supervisión, coordinación y desarrollo, reaseguro, regulación agencias y fijación del paquete mínimo) se ajustaría a las funciones otorgadas a la Dirección Nacional del Sistema de Salud en la ley 10. Sería lógico que la dirección nacional del seguro de salud y del sistema de salud fueran instituciones iguales, ya que de acuerdo a la magnitud del seguro nacional de salud existirían muchas funciones compartidas por ambos organismos.

ii. Fondo de solidaridad

A diferencia del I.S.S., el Fondo de Solidaridad operaría como una simple cuenta de la dirección del seguro y no como un ente autónomo. Sin embargo, existirían obstáculos jurídicos para que los dineros de las cotizaciones que actualmente van al ISS se desviarán hacia esta cuenta. Además, la determinación de las cotizaciones que deben pagar los afiliados al seguro nacional de salud requeriría de una ley que permitiera su cobro y recaudo, no sólo por una entidad diferente del ISS o entidades análogas facultadas por ley (cajas de compensación o previsión, por ejemplo), sino para extender el cobro

^{21/} Sin embargo la ley 10 de 1990 a eliminado la personería jurídica de la superintendencia

a toda la población con capacidad de pago. Este Fondo de Solidaridad sería una figura equivalente a los Fondos Seccionales o Locales a nivel nacional.

iii. Agencias aseguradoras

La propuesta del Min-Salud visualiza estas agencias aseguradoras como entes descentralizados operando en una base territorial que puede ser local, municipal, seccional regional y, excepcionalmente, nacional. Estas pueden ser públicas o privadas, aunque sólo pueden ser sin ánimo de lucro si se trata del paquete básico (las entidades privadas con ánimo de lucro sólo pueden ofrecer seguros complementarios del básico integral). Además, éstas deben ser autorizadas por el gobierno y vigiladas por el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud.

La propuesta de esta entidad consagra que pueden ser agencias aseguradoras las actuales cajas seccionales del I.S.S. y de la Caja nacional de Previsión, las cajas departamentales y municipales de previsión, las cajas de compensación familiar, la Caja Agraria, la Previsora, las cooperativas, las asociaciones mutuales y las aseguradoras privadas que se afilien reaseguren sus afiliados al fondo nacional. En la misma forma podrán cumplir esta función de agencias los fondos seccionales y locales de salud creados por la ley 10. Como ya se había dicho habría obstáculos jurídicos para que agencias diferentes al ISS captaran los recursos de los trabajadores que de acuerdo a los decretos leyes 433 y 1650 de 1971 tienen que afiliarse forzosamente al ISS. Se requeriría, por lo tanto, de una nueva ley que modificara dicho régimen. Además, como también se decía, de acuerdo al principio constitucional consagrado en el artículo 338 de la Constitución sólo la ley, las ordenanzas o los acuerdos pueden imponer nuevas contribuciones fiscales o parafiscales.

También, para que las actuales cajas seccionales del ISS y de la Caja Nacional de Previsión y demás cajas departamentales y municipales puedan cumplir la labor de aseguramiento tendrían que separarse como entidades autónomas, ya que habría la necesidad de separar las entidades de prestación de servicios de las aseguradoras. Como se hizo referencia, para lograr que las entidades nacionales del I.S.S. y la Caja Nacional de Previsión logren integrarse al esquema propuesto, éstas deberán descentralizarse y conferir una amplia autonomía administrativa y financiera a sus seccionales.

Con respecto a los Fondos Locales, creemos que asignarle a éstos la función de agencias aseguradoras se está excediendo la naturaleza de los fondos creados en la ley 10 en su artículo 13, donde la naturaleza de los mismos es la ser simples cuentas especiales del presupuesto de la entidad territorial, bajo la administración de la dirección seccional o local de salud. Si se miran las funciones que

se les otorgan a estas agencias aseguradoras, éstas estarían yendo claramente más allá de las de un fondo local o seccional.

A pesar de que no se dice explícitamente, las direcciones locales o seccionales podrían jugar un papel fundamental en todo el esquema propuesto a través de la regulación y control de las agencias aseguradoras por departamento y municipio. También, a través de los Fondos Locales o Seccionales cumplirían un importante papel de redistribución de los recursos fiscales destinados al área de la salud.

Por último, hay que resaltar las importantes labores que pueden prestar las diferentes cajas de previsión o compensación en la afiliación de la población más desprotegida (informales e indigentes).

iv. Instituciones prestadoras de servicios de salud

Esta propuesta consagra que estas instituciones se deberán organizar como instituciones con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa como lo establece la ley 10 de 1990. En el modelo las entidades que presten servicios de salud pueden ser públicas y privadas, con o sin ánimo de lucro, y competirán en la prestación de servicios de toda la población asegurada.

Además se dice que las nuevas instituciones prestadoras de servicios no seguirán recibiendo sus recursos de acuerdo al sistema de presupuestos históricos y empezarán a financiarse con la venta de los servicios efectivamente prestados. Esto está de acuerdo con los principios de eficiencia consagrados en la nueva Constitución.

Esto tiene implicaciones fuertes sobre hospitales, en especial públicos, y sobre el Fondo Nacional Hospitalario, ya que lleva a una empresarización de las entidades prestadoras de servicios. Los recursos serán distribuidos teniendo en cuenta criterios de eficiencia, aunque no desconocerá factores que implican limitantes a la aplicación de estos criterios (por ejemplo, salud de la población atendida). No es claro, sin embargo, cómo se organizarían los médicos, los hospitales y los puestos y centros de salud. Esto es una constante en las propuestas donde, a excepción de la separación hecha en la propuesta del ISS, se habla en términos muy generales de las entidades prestadoras de servicios de salud.

Por último, se establece que las agencias aseguradoras contratarán la prestación de servicios con estas instituciones de acuerdo al sistema de tarifas que regula los pagos y que se consagra en la ley 10 de 1990.

c. Propuesta del D.N.P.

i. Subsistema público

- Dirección central y local

El subsistema público está compuesto por los Fondos Seccionales y Locales de Salud, creados por la ley 10 de 1990, que se encargarán de pagar la atención ambulatoria y hospitalaria que requiera la población pobre, y reemplazarán las funciones de distribución de recursos que actualmente ejecutan los Ministerios de Salud y Hacienda sobre bases históricas.

En la propuesta no se dice nada de quién debe ser la entidad encargada de la dirección central del sistema. Se intuye que debe ser la Dirección Nacional de Salud o una de las direcciones del Ministerio de Salud.

- Prestación servicios

El sistema de prestación de servicios es el mismo para el subsistema público y el subsistema prepagado. Está compuesto por: hospitales y clínicas públicas, consultorios, centros y puestos de salud, la infraestructura del ISS, Cajanal y de las demás cajas, la infraestructura privada y los consultorios y laboratorios privados. Son entes autónomos y sin presupuestos históricos. También requieren reformas como las antes referidas. El DNP habla de gradualidad para que los hospitales públicos puedan acomodarse a esto.

Estas instituciones podrán ser tanto públicas como privadas y venderán sus servicios tanto en el subsistema público como el privado.

Los actuales hospitales públicos deberán transformarse en entes con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, tal como lo consagra la ley 10 de 1990. Los hospitales del I.S.S. y demás cajas derivarán sus ingresos de la prestación de servicios contratados con aseguradoras públicas o privadas. Los hospitales facturarán por sus servicios según costos estándar dentro del paquete básico.

Por último la atención de urgencia será obligatoria para todas las entidades hospitalarias, independientemente del prepago, como lo consagra la legislación vigente.

Los fondos locales son los pagadores como lo dice la propuesta, pero deben ser las direcciones locales quienes orienten la distribución de estos recursos de acuerdo a la ley 10. Esto puede ser un vacío en la propuesta del D.N.P.

ii. Subsistema privado

En el subsistema privado, por su parte, operarán diversas agencias aseguradoras privadas y públicas, compitiendo por la conquista de los usuarios no-pobres. Está compuesto básicamente por un Fondo de Compensación, múltiples agencias aseguradoras y el sistema de prestación de servicios.

- Fondo de compensación

Aunque este fondo inicialmente no existió, luego se introdujo en una propuesta fechada en febrero de 1992, como un mecanismo para lograr solidaridad parafiscal en el sistema. A pesar de que sus funciones no son del todo claras, este fondo no tendría la magnitud del fondo consagrado en la propuesta del ISS. Este no recaudaría ni afiliaría, sino se reduciría a servir de reasegurador del sistema y ha redistribuir recursos entre aseguradoras.

No se tiene tampoco claro cuál debe ser el organismo encargado del Fondo, ni si éste debe ser público o privado. No obstante, una cosa que si se tiene clara es que dadas las funciones del Fondo, el I.S.S. no sería el fondo único recaudador de recursos; no prestará directamente los servicios de atención médica y hospitalaria; y no será el ente regulador de la salud dentro de la seguridad social. En cambio el ISS será una entidad aseguradora que competirá en el mercado por atraer beneficiarios según las regulaciones establecidas y cuya participación, como la de otra aseguradora, estará de acuerdo con las decisiones comerciales establecidas por su gerencia y la junta directiva.

- Entidades aseguradoras

Estas entidades serán las encargadas de recaudar el pago de sus afiliados, pagar y contratar con las agencias prestadoras de servicios, entenderse con el Fondo de Compensación y ofrecer al usuario toda gama de servicios.

Pueden ser tanto públicas como privadas. La parte privada estaría compuesta por las actuales empresas que funcionan en el sistema prepago. En cuanto a las agencias públicas se requeriría de las reformas de los servicios de salud del ISS y Cajas. Las reformas requeridas serían:

- La afiliación al I.S.S. y las cajas de previsión sería totalmente voluntaria. Esta transición tendría que ser gradual, no sólo para evitar traumatismos, sino porque se requeriría de una reforma de la legislación vigente acerca de los aportes destinadas a estas dos instituciones.
- La afiliación pasaría de ser individual a familiar en todas las instituciones.

- En las cajas de previsión y en el I.S.S. se requeriría separar los recursos destinados a la salud de los destinados a prestaciones económicas, además de la separación entre las labores de aseguramiento y de prestación de servicios.
 - Instituciones prestadoras de servicios
- (Ver sección similar en la propuesta Min-Salud).

VI. CONCLUSIONES

Las tres propuestas apuntan hacia la necesidad de un cambio de fondo en el sistema de seguridad social en salud. La complejidad del tema se reconoce, tal y como también se deduce de la amplia gama de propuestas internacionales -ninguna perfecta-, y lleva a proponer, la necesidad de abordarlo gradualmente. 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 en 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 servicio 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 generen 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 adelantan; 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; la anterior lleva al reto ineludible de generar adecuados sistemas de información; se ve la necesidad de lograr reconocer adecuadamente a los pobres y que estos 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 adecuen a las estructuras del sector salud.

BIBLIOGRAFIA

- Agudelo, C. (1992), "Un nuevo Sistema de Salud, el reto del siglo XXI", mimeo, Bogotá, Min-Salud.
- Cardona, A. (1992), "Organización de un seguro nacional de salud con fundamento en la competencia en la prestación de servicios (propuesta para la comisión constitucional de seguridad social)", mimeo.
- Comisión Constitucional de Seguridad Social, Subcomisión Salud, (1991), "Informe al Ministro de Trabajo y Seguridad Social", mimeo, Diciembre 5.
- Compensar (1992), "Seguridad Social Universal, Solidaria y Eficiente", mimeo, Bogotá, Marzo.
- Decreto 1775 de 1990 (3 de Agosto), Min-Educación.
- D.N.P. (1992), "Propuesta de Reforma al Sistema de Salud en Colombia", documento de trabajo, Febrero 18.
- D.N.P. (1992), "Propuesta de Organización del Sistema de Seguros de Salud en Colombia", documento de trabajo, Enero 15.
- Humeres Noquer, H. (1991), "La Seguridad Social en el Mundo-Desarrollos recientes", mimeo, Seminario Internacional sobre Fondos de Pensiones y Cesantías, Medellín, Agosto.
- I.S.S. (1992), "Comentarios a la propuesta del DNP sobre la reforma a la Seguridad Social en el área de Salud", mimeo, Enero 31.
- I.S.S. (1992), "Propuesta para la presentación de servicios personales de salud dentro de la seguridad social", mimeo, Bogotá, Febrero 4.
- I.S.S. ((1991), "Principios y alternativas y para una reforma a la Seguridad Social en el área de Salud", mimeo.
- Jaramillo, I. (1991), "Hacia un Sistema de Seguridad Social en Salud, Eficiencia, Solidario y Universal", mimeo, Bogotá, Noviembre 10.
- Ley 10 de 1990 (Enero 10).
- Ley 91 de 1989 (29 Diciembre).
- La seguridad social frente a la Constitución Nacional (1991), "Memorias del tercer Congreso Nacional colombiano de Seguridad Social", Cali, Corporación Olof Palme.

- López Montaña, C. (1991), "Fondo de Pensiones y Cesantías en Colombia", mimeo, Seminario Internacional sobre Fondos de pensiones y cesantías, Medellín, Agosto.
- López, M.C.; Ramírez, J. C.; Jaime, V. (1991), "La Reforma de la Seguridad Social: algunas de sus implicaciones macroeconómicas" en: I Congreso Nacional del Ahorro-Memoria, Instituto Colombiano de Ahorro y Vivienda.
- Min-Salud (1992), "Proyecto de Ley por el cual se Organiza el Sistema de Salud Pública", documento de trabajo interno.
- Olano, G. (1992), "Desarrollo e Implantación del Sistema de afiliación masiva de la población (SAMP) para la prestación de servicios básicos y complementarios de salud", mimeo, Min-Salud, Enero 12.
- Olano, G. (1991), "Esquema Básico sobre el cual se montaría y funcionaría el Seguro de Salud Nacional-SESANA", mimeo, Octubre 9.
- Ramírez, J.C. (1991), "La Reforma de la Seguridad Social", Oficina Nacional de Planeación y Seccional Cundinamarca, I.S.S., mimeo, Septiembre.
- Silva-Colmenares, J. (1991), "Algunos Aspectos Socio-Económicos y Financieros de la Salud en Colombia", mimeo, Min-Salud.
- Yepes, F.J. "La Salud en Colombia, hallazgos y recomendaciones (1990), Ministerio de Salud-Departamento Nacional de Planeación.
- Yepes Parra, A. (1992), "Los Sectores Sociales del Desarrollo en la Constitución del 1991", mimeo.

3. Alcance del seguro obligatorio

a. Paquete básico integral

i. Características:

- Integral.
- Universal.
- Cobertura familiar.

ii. Servicios:

- Promoción.
- Prevención.
- Atención básica obligatoria.
- Servicios especializados.
- Servicios hospitalarios.
- Pago drogas y medicamentos.
- Pago subsidios por incapacidad por maternidad o enfermedad general.

iii. Determinantes:

- Riesgo promedio comunitario.
- Costo promedio de servicios de salud.

iv. Valor:

- \$ 35,323.5 por beneficiario en pesos de 1991.
- Valor total \$ 1,161,837,029 pesos de 1991.
- Posibles ingresos del seguro único: \$ 1,405,526,000 pesos de 1991.

b. Paquete adicional

i. Servicios:

- Gastos que excedan paquete básico.
- Servicios de hospitalización de diversa calidad hotelera.

4. Recursos

a. Paquete básico integral

- Contribuciones afiliados (12% por familia; \$435.6 mil millones).
- Asalariados no cubiertos (12% por familia; \$364.4 mil millones).
- Independientes (12% por familia (\$176 mil millones).
- Informales (cuota \$1,200 por familia; \$67.6 mil millones).
- Franquicias (?).
- Aportes fiscales (\$200 mil millones).

- Cajas de Compensación (\$40 mil millones).
- Ventas servicios (\$72 mil millones).
- Ecosalud (\$50 mil millones).

b. Paquete adicional

- i. Pago individual.
- ii. Pago según capacidad de pago y riesgo.

5. Método de afiliación

Descuento de la nómina: 1/3 asegurado, 2/3 empleador.

6. Sistemas de contratación y formas de pago a los médicos

a. Capitación:

- i. Promoción y prevención.
- ii. Atención básica ambulatoria.

b. Pago de tarifas por servicios prestados:

- i. Servicios de nivel secundario y terciario.

7. Regulación

- a. Valor y contenido del paquete básico integral.
- b. Derechos del asegurado (acreditación mediante tarjeta).
- c. Control de costos mediante sistemas de contratación.
- d. Exclusión del aseguramiento privado.
- e. Control prestación del servicio.

B. Propuesta Ministerio de Salud

De manera general, la organización propuesta por el Ministerio de Salud puede concebirse 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, y ampliamente descentralizados. Enfatiza en el alcance del objetivo de solidaridad y universalidad y, en menor grado, en el de la eficiencia. Importa su adecuación al esquema actual del sector salud, descentralizado, en particular su relación con los entes creados por la ley 10 de 1990.

1. Características fundamentales

- a. Descentralización y municipalización: Este es un sistema de salud descentralizado y municipalizado, en el cual todos los servicios de salud de los departamentos y municipios queden bajo la orientación general de las autoridades públicas respectivas.
- b. Creación de un seguro o sistema de salud de afiliación universal.
- c. El seguro de salud es obligatorio.
- d. 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 adaptaciones que se desprendan de las diferencias regionales y locales.
- e. El sistema está fundamentado en la **cooperación entre el sector público y el privado**.
- f. **Independencia** en la financiación, administración, organización, objetivos y dinámica del sistema de salud.
- g. Organización del sistema en una **estructura flexible y competitiva** en un mercado regulado.
- h. El sistema es **solidario**, tanto fiscal como parafiscalmente.
- i. Trata de identificar e implementar componentes de un programa de **eficiencia y calidad de los servicios**.
- j. Fundamenta el sistema de salud en la **promoción de la salud y la prevención de las enfermedades**.
- k. **Libertad de elección** por parte del usuario de las entidades aseguradoras y las prestadoras de servicios.

2. Agentes e instituciones del sistema (gráfico 2).

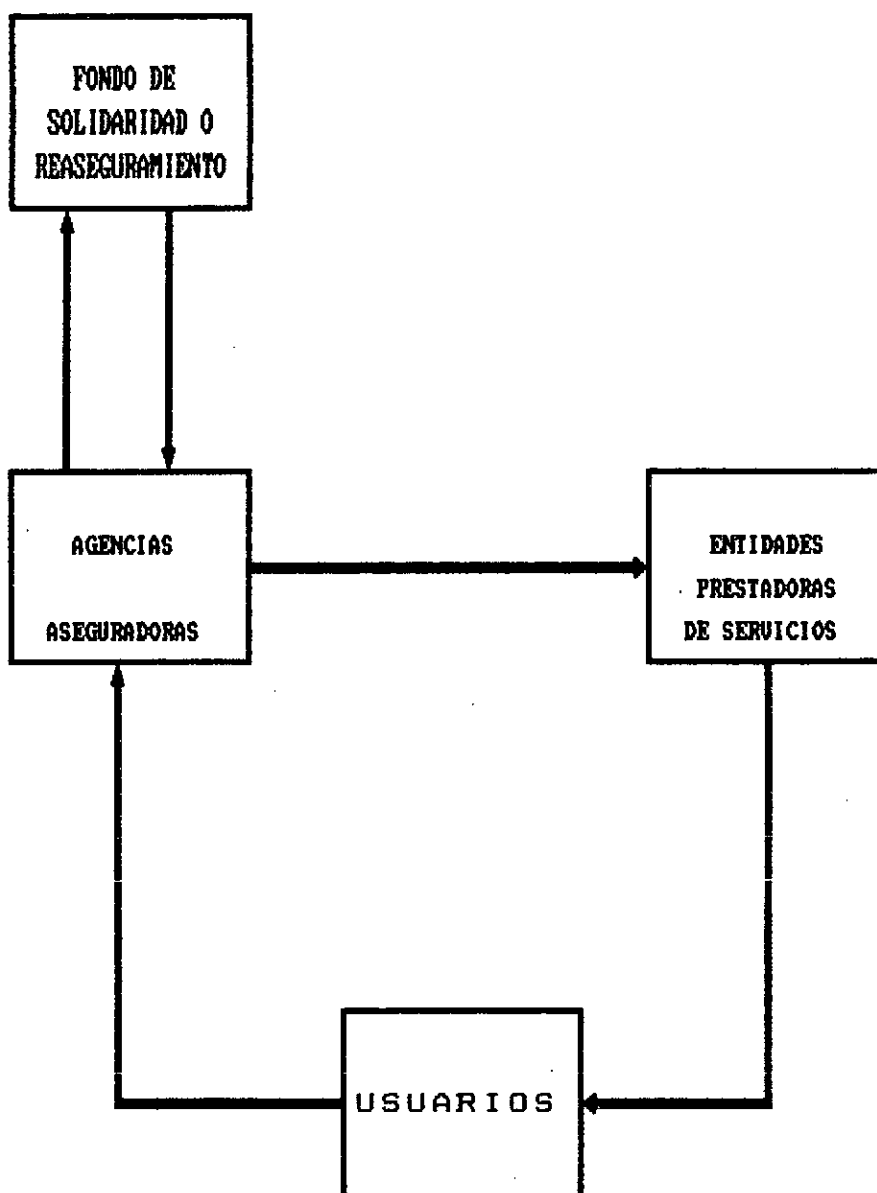
a. Servicio o Secretaría de Salud

i. Funciones:

- Planeación global del sistema.
- Encauzamiento criterios de solidaridad, equidad y eficiencia.
- Desarrollo de política de cobertura universal.
- Vigilancia y control epidemiológico.
- Dirección campañas públicas de promoción y prevención.
- Saneamiento ambiental.
- Habilitación inicial de las instituciones hospitalarias.

Gráfico 2

PROPUESTA MINISTERIO DE SALUD



- Control y supervisión de las agencias y entidades prestadoras de servicios.
- b. Dirección del seguro de salud.**
 - i. Naturaleza jurídica:**
 - Autonomía administrativa.
 - Patrimonio propio.
 - Adscrito al Ministerio de Salud.
 - Instrumento de coordinación y desarrollo.
 - ii. Funciones:**
 - Establecer políticas.
 - Promover y desarrollar las prestaciones integrales nacionalmente.
 - Conducir el sistema del seguro.
 - Supervisar los planes de aseguramiento seccionales.
 - Establecer políticas de reaseguramiento, estabilización y riesgos catastróficos.
 - Distribuir los recursos destinados a solidaridad en todo el país.
- c. Fondo de solidaridad**
 - i. Naturaleza jurídica:**
 - Cuenta de la Dirección del Seguro.
 - ii. Funciones:**
 - Administrar los recursos aportados: Aportes de la Nación; 15% recaudos mensuales de agencias aseguradoras; 15% primas de medicina prepagada y seguros comerciales; Legados, donaciones y similares; y Rendimientos financieros.
 - Transladar los recursos requeridos para reaseguro, estabilización, riesgos catastróficos y redistribución.
- d. Agencias aseguradoras del seguro de salud nacional.**
 - i. Naturaleza jurídica:**
 - Agencias descentralizadas.
 - Entidades privadas sin ánimo de lucro.
 - Entidades públicas del nivel municipal o seccional.
 - Entidades privadas con ánimo de lucro (sólo en el caso de seguros complementarios).
 - No pueden prestar servicios de salud.
 - Autorizadas por el gobierno.

- Vigiladas por el Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud y los servicios seccionales y municipales de salud.

ii. Funciones:

- Administrar el seguro de salud (paquete básico y complementario).
- Afiliar a los usuarios.
- Contratar con los proveedores.
- Manejo financiero.

iii. Controles:

- Control costos administrativos (máximo 10% de las cotizaciones).
- Control proceso de afiliación.
- No se puede rechazar ningún usuario.

e. Entidades prestadoras de los servicios de salud.

i. Naturaleza jurídica:

- Personería jurídica.
- Patrimonio propio.
- Autonomía administrativa.
- Pueden ser públicas o privadas.
- Operación en una base territorial (local, municipal, seccional, regional y, excepcionalmente, nacional).
- Operación en los diferentes niveles de salud.

ii. Funciones:

- Promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Atención a usuarios.

f. Comunidad.

Representantes de la comunidad deben tener cabida en el organismo directivo de las instituciones prestadoras de servicios de salud y del servicio municipal y departamental de salud.

3. Alcance del seguro social de salud.

El seguro de salud consiste en un paquete básico integral de salud que puede eventualmente complementado por pagos adicionales de los usuarios.

a. Paquete básico integral de servicios**i. Características:**

- Universal.
- Integral.
- Flexible.
- Cubrimiento familiar (puede ampliarse a otros familiares a través del pago de cuotas adicionales).

ii. Servicios ofrecidos:

- Promoción.
- Prevención.
- Diagnóstico.
- Tratamiento.
- Rehabilitación.
- Accidentes de trabajo.
- Enfermedad profesional.

iii. Determinantes o condicionantes:

- Patrón epidemiológico del país y por regiones.
- Objetivos del Sistema Nacional de Salud.
- Principales factores de riesgo.
- Transformación del modelo curativo en uno de promoción y prevención.
- Costos del paquete.
- Desarrollo científico y tecnológico del sector.
- Magnitud de los recursos.
- Proporción de los recursos dedicados a subsidios.

iv. Valor

Entre \$70,000 (atención básica de primera calidad) y \$115,000 (cubre todos los niveles) en pesos de 1991. Para cubrir 6.1 millones de familias con todos los niveles de atención sería necesario \$702 mil millones.

b. Seguro complementario.**i. Servicios ofrecidos:**

- Gastos que excedan las tarifas.
- Servicios no sustitutivos o no indispensables.
- Mejores condiciones hoteleras.

4. Recursos

a. Paquete integral básico

- Situado fiscal.
- Rentas departamentales.
- Rentas municipales.
- Cotización afiliados (10-12% por familia; 2/3 aporte del empleador y 1/3 aporte del empleado).
- Aportes jubilados del sector público y privado.
- Aportes sector informal.
- Franquicias, deducibles, cuotas moderadoras, etc.
- Rendimiento financiero.
- Excedentes económicos.
- Seguros obligatorios de accidentes.
- Ecosalud.

b. Seguro complementario.

- i. Individual.
- ii. Prima ligada a los riesgos.

5. Método de afiliación

- a. Descuento sobre la nómina.
- b. Recaudo por medio del recibo de pago de los servicios públicos.

6. Sistemas de contratación y formas de pago a los médicos.

- a. Servicios de promoción y prevención a nivel local:
Pago según criterios establecidos por los respectivos programas de salud pública, su cobertura y su impacto.
- b. Servicios asistenciales (ambulatorios y hospitalarios):
 - i. Tarifas basadas en costos estándar por tipo de procedimiento.
 - ii. Sistemas de anticipos y reembolsos por servicios prestados y volumen de producción.
- c. Servicios asistenciales en condiciones específicas:
 - i. Regulaciones salariales.
 - ii. Capitación.
 - iii. Facturas individualizadas.
 - iv. Tarifas diarias por diagnóstico.

- d. Premios, incentivos o bonificaciones por eficiencia, uso adecuado de la tecnología costosa y calidad del servicio.

7. Regulación

- a. Regulación del número de agencias del seguro según la cobertura, la población y el paquete de servicios.
- b. Desarrollo de normas de adquisición tecnológica.
- c. Control de los costos administrativos de las agencias aseguradoras, los cuales no podrán ser mayores al 10% del valor de las cotizaciones (descontado el aporte al Fondo de Solidaridad).
- d. Determinación del paquete básico integral.
- e. Formas de contratación y pago a los médicos.

C. Propuesta Departamento Nacional de Planeación

1. Características fundamentales

- a. 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 se debe ir hacia un único sistema que debe ser el de prepago competitivo y regulado.
- b. El énfasis está puesto en aumento de eficiencia, siendo la competencia la herramienta por excelencia para impulsarla. Esta se hace presente sobre todo en el subsistema privado donde existen múltiples agencias aseguradoras compitiendo entre sí para captar usuarios y para reducir los costos de servicios médicos.
- c. Existe solidaridad fiscal y ella se ve claramente en el subsistema oficial. La solidaridad parafiscal no es clara: no existió en un comienzo (finales del 91), luego se introdujo, en su modalidad entre regiones, a través de un fondo de recaudo, que más precisamente debe llamarse Fondo Nacional de Compensación (febrero/92), pero no hay consenso en la conveniencia de mantener dicho fondo (marzo/92). La solidaridad está presente, parcialmente, en un mismo grupo, pues los usuarios del subsistema privado pagan por cotización recibiendo el mismo servicio.
- d. Se busca un aumento de cobertura por dos vías: una, esperando que el subsistema oficial mejore su eficiencia y atraiga más usuarios; dos, a través del subsistema de prepago que debe ofrecer un mejor producto y facilitar las condiciones de ingreso a él.
- e. En todos los casos se busca subsidio a la demanda y no a la oferta, como ha sido tradición en el país.

f. 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.

g. 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**, de forma tal que las agencias aseguradoras trabajen con poblaciones interesantes en tamaño -se reconocen las economías a escala-, que los usuarios no puedan ser rechazados y puedan elegir libremente la agencia a la que se afiliarán.

h. 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.

i. Los dos subsistemas son **descentralizados** y buscan adecuarse a las estructuras municipales, al menos en teoría.

j. Se habla de un paquete estándar **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).

k. La atención de urgencias será obligatoria para todas las entidades hospitalarias, en los dos subsistemas e independientemente de la forma de pago.

l. Hay más desarrollo y claridad en la estructuración del subsistema privado que en 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 la eficiencia. Para el segundo subsistema no hay tanta homogeneidad y su ideología se subordina a la del subsistema prepago.

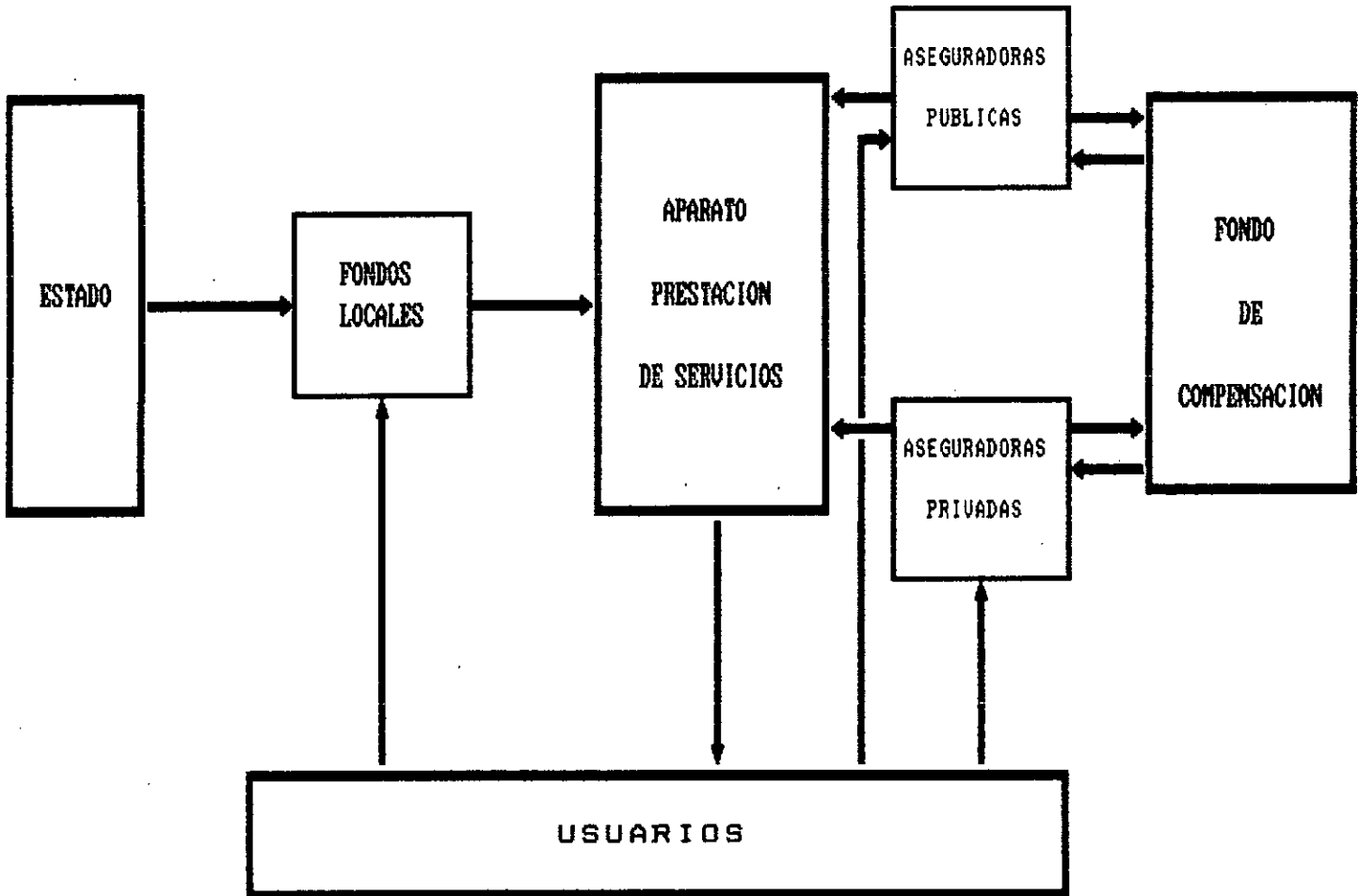
2. Agentes e Instituciones del Sistema (gráfico 3)

a. **Subsistema público:** está compuesto por los Fondos Seccionales y Locales de Salud, en correspondencia con la ley 10 de 1990. No requiere de un Fondo Nacional de Compensación y se desprende que la Nación deberá seguir asumiendo ese papel - a través de la asignación regional de recursos o a través de adicionales en caso de que se requieran-. Los Fondos contratan con los centros que ofrecen los servicios de salud, centros que pueden ser los mismos del subsistema privado. Los servicios de salud son prestados por entes autónomos, privados o públicos, que son los mismos para el subsistema privado.

Gráfico 3
PROPUESTA D.N.P.

SUBSISTEMA
PUBLICO

SUBSISTEMA
PRIVADO



Sus funciones son:

- i. pagar la atención ambulatoria y hospitalaria que requiere la población pobre, reemplazando la asignación hecha con bases históricas por parte de Minsalud y Minhacienda.
- ii. recibir las transferencias de recursos de orden nacional y recaudar las del orden regional y local.
- iii. se encargan de la inscripción de la población pobre. Ello supone al menos su reconocimiento -evaluación de su condición socio-económica- y su afiliación a los entes de salud respectivos.
- iv. Definir las tarifas que las entidades prestadoras cobrarán a los usuarios del servicio.

Vacíos: Las funciones de dirección -nacional y regional- seguramente quedan establecidas según la ley 10 del 90. Sin embargo, en ocasiones pareciera que los Fondos Regionales y Locales adquieren más importancia que lo que plantea la ley. Falta desarrollar la responsabilidad de quién establecería los costos estándar para servicios hospitalarios y el valor unitario por familia, base de los pagos. No se desarrolla cómo se daría la participación de la comunidad, salvo que los Fondos Locales podrán delegar la contratación de los servicios de atención primaria en organizaciones comunitarias, tales como las asociaciones de padres de los hogares de bienestar, las juntas de acción comunal o los cabildos indígenas.

Sobre la Naturaleza jurídica de los agentes:

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.

b. Subsistema privado:

i. Fondo de recaudo (mejor Fondo de Compensación):

Funciones: El Fondo transferirá a las aseguradoras los recursos con base en una prima negociada que diferirá según riesgo y edad de los afiliados. (Para agilizar el manejo de los recursos cada aseguradora mantendrá en el Fondo una cuenta corriente a la cual podrá ingresar los recursos provenientes de las cotizaciones y deducir lo correspondiente a las primas pactadas).

Vacíos: i) quién y cómo se establecerían estas primas negociadas. En particular, no se desprende que énfasis se daría a la

solidaridad que de Este se puede desprender ii) en versiones anteriores este fondo tenía un carácter de reasegurador, ocupándose de cubrir los riesgos catastróficos. No es claro si se le sigue dando este manejo.

Sobre su naturaleza jurídica: no se aclara si es de tipo público o privado y cómo se adscribe a la estructura actual del sector salud.

ii. Múltiples agencias aseguradoras

Sus funciones son:

- Recaudar el pago de sus afiliados (existe confusión porque también podría pensarse que el Fondo, dado su nombre y funciones, lo haría).
- Pagar y contratar a las agencias prestadoras de los servicios, bajo un esquema de competencia.
- Entenderse con el Fondo de recaudo para, con base en las primas negociadas, devolver los excedentes o recibir los recursos adicionales [o también, si no recaudan, recibir los recursos del Fondo recaudador].
- Deberá mantener la contabilidad de los recursos públicos a los que tuviera derecho de forma separada al resto de las operaciones.
- Ofrecer a los usuarios toda gama de servicios complementarios, los que no estarían regulados.

Sobre su naturaleza jurídica: Estas agencias serían de carácter público o privado; Deben estar reguladas (ver sección posterior); su tamaño debe ser tal que les permita afilar un buen número de usuarios, en el entendido que ello permitirá reducir costos. Se sugiere, en particular, el aseguramiento por grupos;

Nota: en ocasiones hay confusión entre aseguradoras y prestadoras de servicio, pues de las primeras se dice a veces que prestan el servicio.

3. Alcance del seguro

- a. Es de tipo obligatorio
- b. Se quiere un paquete estándar de salud integral por familia, con mínimos de calidad y servicios regulados
- c. Este paquete está en función de los pagos en el subsistema prepago

- d. En todos los casos hay pago, por parte del usuario, de una parte del servicio prestado.

Vacíos: no se detalla el alcance de este paquete, pero se intuye que sería para los tres niveles. No se presentan costos unitarios promedios del paquete. De las reuniones con los funcionarios del DNP se ve que el costo unitario del paquete sería alrededor de \$200.000, pesos del 91, y su alcance es similar al del actual paquete de Compensar.

4. Recursos

a. Subsistema público:

- i. Situado fiscal
- ii. Ecosalud
- iii. Rentas departamentales y municipales
- iv. Venta de servicios (los usuarios deben pagar franquicias por servicios. Estas están en función de la capacidad económica del usuario)

b. Subsistema privado:

- i. Cotizaciones con base en el salario, con las respectivas contribuciones del empleado y el empleador.
- ii. Primas o cotizaciones fijas por parte de los trabajadores independientes con capacidad de pago.
- iii. Venta de servicios (los usuarios deben pagar franquicias por servicios).
- iv. Seguros complementarios

5. Método de afiliación

a. Los pobres, con el apoyo de los subsidios estatales canalizados a través de los Fondos Locales, pueden acceder a los servicios médico-asistenciales. Su afiliación es **obligatoria** pero no se desarrollan mecanismos para que esto se cumpla.

b. Los miembros del subsistema prepago se afilian **libremente** a las aseguradoras -no podrá existir rechazo alguno del usuario por parte de las aseguradoras-. 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 de inscripción como de cambio de servicios.

Nota: La afiliación a los servicios de salud del ISS y de las Cajas de previsión pasa a ser voluntaria, pues estas instituciones pasan a ser una más de las entidades aseguradoras del sistema. Se propone que las funciones de prestación de servicios médicos de estas

instituciones sea separado del aseguramiento. Las Cajas podrán ofrecer servicios de salud prepagados.

6. Sistemas de contratación y formas de pago a los médicos

- a. El pago de la atención primaria se hace con base en costo promedio de familia inscrita y atendida.
- b. El pago hospitalario se hace con base en costos estándar
- c. Hay regulación en los costos y servicios prestados, tanto de las aseguradoras como de las entidades prestatarias de servicios.

7. Regulación

- a. El sistema está regulado por el Estado para garantizar: oferta adecuada y calidad de la atención de los servicios de salud.
- b. Se regula el agrupamiento de los usuarios, con el fin de agrupar los riesgos. Así se puede regular la composición mínima de los asegurados de cada entidad aseguradora.
- c. Se regulan las condiciones mínimas de cada contrato.
 - i. La compañía no podrá terminar el contrato unilateralmente.
 - ii. Existe libre elección por parte del usuario de la agencia aseguradora. Las agencias no pueden rechazar a ningún demandante.
 - iii. Se regula la libre transferencia entre compañías, aún con las preexistencias correspondientes.

IV. COMPARACION DE LAS PROPUESTAS

En esta sección se comparan las tres propuestas anteriores, desagregando cada una en los agentes principales del sistema: administradores (aseguradores o intermediarios), proveedores y usuarios. Existe un cuarto y quinto agentes que han de ser tomados en cuenta en la comparación: el fondo único y el gobierno, los cuales llegan a cumplir diferentes funciones en cada propuesta. A ellos se les dará su justa ubicación cuando se hable del flujo de recursos y de la regulación. En particular, el papel del Fondo es fundamental para entender la operatividad de las propuestas, ya que de éste dependerá el papel que desempeñarán las agencias administradoras o aseguradoras en el sistema de salud.

Si se tienen en cuenta las experiencias internacionales y la bibliografía disponible sobre el tema, la operatividad de un sistema de seguros de salud puede ser explicada de manera gráfica como una relación triangular con tres vértices fundamentales:

administradores (aseguradores), proveedores y usuarios (asegurados). Eventualmente, serán necesarios ajustes geométricos para incluir los dos actores adicionales, el fondo único y el gobierno, pero en esencia el buen funcionamiento de un sistema de seguros de salud dependerá de la buena relación entre cada vértice (gráfico 4). Si la relación entre administradores (aseguradores) y proveedores no funciona eficientemente el sistema fracasará. Lo mismo ocurrirá entre administradores (aseguradores) y usuarios, o entre proveedores y usuarios. De la diferenciación de las funciones de cada vértice y de su naturaleza dependerá mucho la viabilidad del sistema.

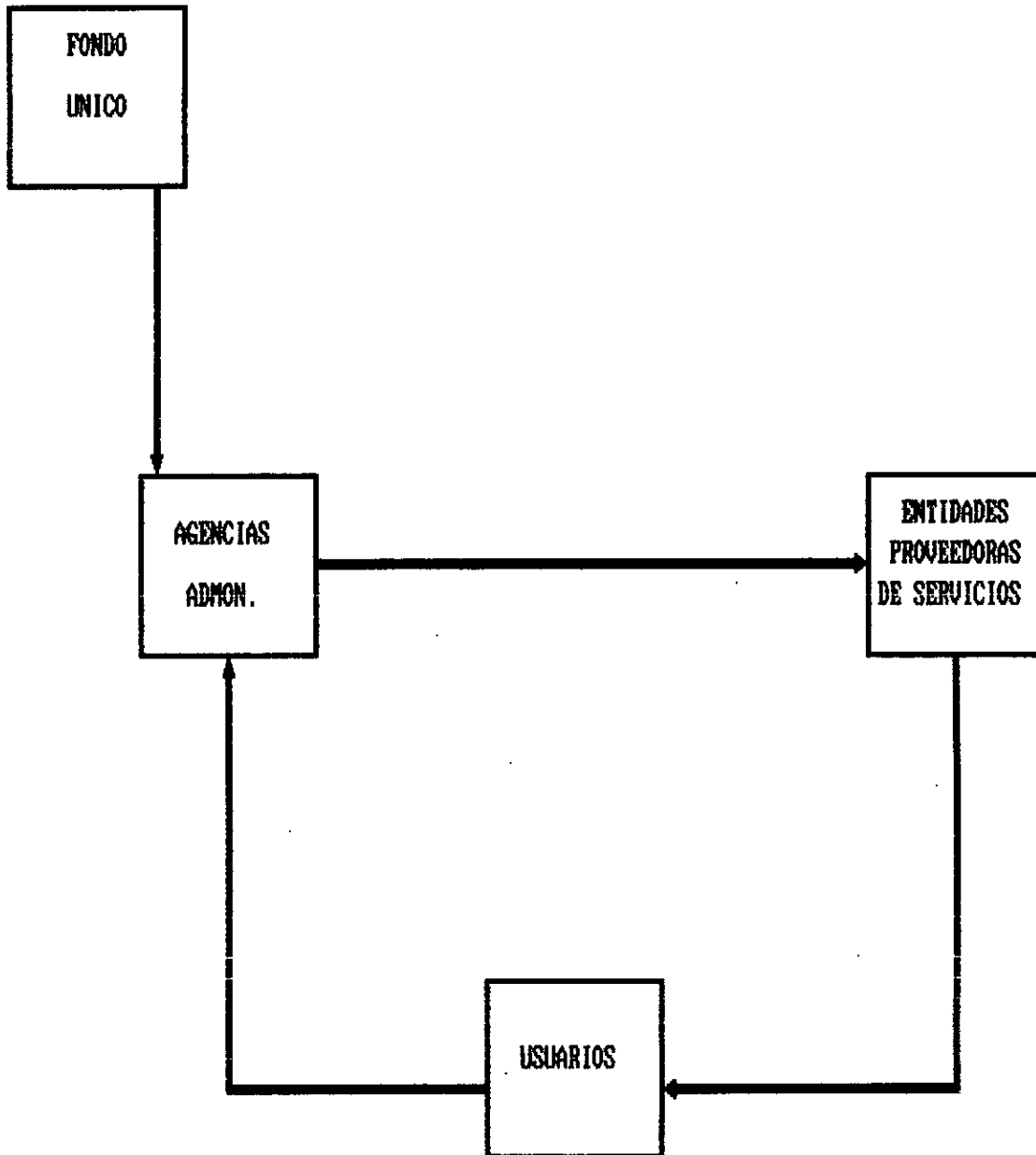
En la comparación de las tres propuestas, será muy importante tener en cuenta los tres objetivos consagrados en la nueva Constitución: eficiencia, solidaridad y universalidad. En la propuesta del DNP, el mayor peso se le da al objetivo de eficiencia, lo que se refleja en la mayor cabida que se le ha dado a la competencia entre aseguradoras en un sistema privado de aseguramiento (tal como opera en el actual sistema prepago de salud) y entre entidades prestadoras de servicios de salud en el subsistema público y en el privado. Sin embargo, no es tan clara la solidaridad del subsistema privado, a pesar de que en el proceso de depuración de la propuesta se ha introducido un fondo de compensación como elemento redistribuidor o solidario del sistema. En cuanto al objetivo de universalidad, el sistema propuesto por el DNP enfrenta las mayores críticas. De acuerdo a las experiencias internacionales, se ha demostrado que la existencia de subsistemas de salud independientes y no coordinados lleva a un cubrimiento limitado de la población^{2/}. El ejemplo más claro es el modelo de los Estados Unidos.

En la propuesta del I.S.S., el objetivo de solidaridad tiene el mayor peso. La existencia de un Fondo Único Público Nacional que garantice el acceso de cualquier persona a un paquete básico integral, de acuerdo a sus necesidades e independientemente de su capacidad de pago, es el mejor sistema para lograr el máximo de solidaridad en el sistema. Además, es un buen mecanismo para evitar problemas de selección adversa de los usuarios y así lograr llegar a la totalidad, o la gran mayoría de la población, para cumplir con el objetivo de universalidad. Sin embargo, no es el mecanismo más útil para lograr una mayor eficiencia del sistema, ya que elimina toda competencia en la función de administración (aseguramiento) del sistema de salud, a pesar de admitir la competencia entre entidades prestadoras de servicios^{3/}.

^{2/} No obstante, el D.N.P. reconoce esta limitante e impone la obligación a los aseguradores de no rechazar a ningún usuario que desee afiliarse a su agencia.

^{3/} Este enfoque tiene su justificación en la existencia de economías de escala en la función de aseguramiento (ver sección II.3), lo cual refleja las ineficiencias y fallas de un sistema de

Gráfico 4
ESQUEMA BASICO



La propuesta del Min-Salud es más equilibrada en los objetivos propuestos. Por un lado, admite la necesidad de competencia en la prestación de los servicios médicos y en la administración (aseguramiento) del sistema de salud, aunque excluye de la competencia a las agencias aseguradoras con ánimo de lucro⁴, para lograr una mayor eficiencia y calidad de los servicios; y, por otro, reconoce la necesidad de un Fondo de Solidaridad o Reaseguramiento para lograr el objetivo de solidaridad, tanto fiscal como parafiscal. Para el logro de la universalidad del sistema propone la existencia de un paquete básico integral para todas las personas y la obligación de todo asegurador (administrador) de afiliar a todo usuario que se lo solicite.

La comparación de las propuestas se hace desde dos perspectivas. En una primera parte se observa la operatividad de las relaciones entre cada uno de los principales agentes del sistema teniendo en cuenta el esquema triangular antes propuesto; en una segunda, se compara el flujo de los recursos en cada propuesta.

A. Operatividad de las propuestas

1. Relación entre administradores (aseguradores) y usuarios (Asegurados).

En el momento de entrar a analizar las relaciones entre los administradores (aseguradores) y los usuarios de un sistema de salud, surgen un sinnúmero de preguntas que debería resolver toda propuesta al respecto. En particular: ¿Qué funciones deben cumplir las agencias administradoras del sistema: entre otras, recaudar las primas o aportes de los usuarios, asegurar la prestación de un paquete de servicios básicos integrales, afiliar a los usuarios?; ¿Deben existir múltiples agencias administradoras que ofrezcan sus servicios a los usuarios?; ¿Cuál debe ser la base territorial en que deben operar?; ¿Debe existir un fondo único independiente de las agencias administradoras?; ¿Cuáles deben ser las funciones de este fondo?; ¿Debe existir una regulación de las agencias administradoras?; ¿Si es afirmativa la respuesta, hasta donde debe ir?; ¿Debe existir solidaridad entre los usuarios del sistema (fiscal, parafiscal)?; ¿Debe obligarse al usuario a afiliarse a alguna agencia administradora?; ¿Puede el usuario escoger su agencia de administradora en caso de ser obligatoria?; ¿Qué naturaleza deben tener las agencias administradoras: públicas exclusivamente, privadas exclusivamente o mixtas?; ¿En caso de poder ser privadas pueden tener ánimo de lucro?; ¿Qué tipo de servicios ha de ofrecer la agencia administradora?; ¿Debe existir

aseguramiento competitivo.

^{4/} Este punto, sin embargo, se relaja en algunos documentos que le dan sustento a la propuesta del MinSalud.

un mínimo de servicios ofrecidos?; ¿Cómo lograr que no exista un comportamiento inmoral por parte de los usuarios, que lleve a una utilización excesiva del sistema?

Antes de entrar a comparar las respuestas dadas por cada propuesta hay que tener en cuenta que para comprender a cabalidad la operatividad de las relaciones entre administradores y usuarios no es suficiente el análisis de las relaciones entre estos dos agentes. Como se puede deducir de las preguntas, es necesario tener en cuenta la existencia de un tercer agente que es el fondo único, del cual se habla (aunque no en los mismos términos) en todas las propuestas. Si no se tiene en cuenta este tercer agente, y eventualmente el gobierno como ente regulador, no se entiende el por qué en algunas propuestas se habla de entidades aseguradoras y en otras de entidades administradoras del sistema, ni la naturaleza y funciones de cada una. Del papel que desempeñe el fondo dependerá el papel que desempeñen estas agencias.

a. Fondo único y agencias administradoras:

Las tres propuestas reconocen que debe existir un fondo único en el sistema. Sin embargo, la naturaleza y las funciones del fondo único no son iguales en cada propuesta. Mientras que en la propuesta del ISS existe un Fondo Público Nacional que cumple simultáneamente las funciones de recaudación, afiliación^{5/}, regulación, acreditación, aseguramiento, actuaría del sistema, definición del modelo de contribuciones y beneficios y contratación y pago a los proveedores, en la propuesta del Min-Salud el Fondo, denominado como de Solidaridad o Reaseguramiento, no recauda, ni afilia, ni asegura, sino que cumple las funciones de reaseguramiento^{6/} y redistribución de los recursos que recibe del Estado y de las agencias aseguradoras^{7/} para corregir las situaciones de desequilibrio del sistema. Además, en la propuesta del Min-Salud el fondo es simplemente una cuenta de la Dirección Nacional del Seguro, mientras que en la propuesta del ISS el Fondo es mucho más.

^{5/} La propuesta diferencia entre afiliación y adscripción. Todos los usuarios se afilian en el Fondo, el cual acredita el derecho de cada usuario (tarjeta). Sin embargo, cada uno también se adscribe a una entidad prestadora de servicios personales, la cual luego recibe del Fondo la cuota correspondiente por cada adscrito.

^{6/} En la propuesta del ISS no se habla explícitamente de la función de reaseguramiento. El fondo único es quien monopoliza la función de aseguramiento y por ende haría directamente el reaseguro.

^{7/} Estos recursos deben ser el 15% de los recaudos mensuales de las agencias aseguradoras.

En la propuesta del DNP también se habla de un fondo en el subsistema privado (ya que en el subsistema público no se necesita), que denominan Fondo de Compensación, aunque no son claras su naturaleza (pública o privada) y funciones. Se desprende de los documentos, que éste debe entrar a operar para lograr solidaridad parafiscal en el sistema. Sin embargo, no es claro si este fondo debe limitarse a cumplir la labor de reaseguramiento, si debe ser el que canaliza los recaudos. Tampoco es clara la manera cómo éste se adscribe a la estructura del sistema de salud.

En cuanto a la entidades administradoras, en las propuestas del Min-Salud y del DNP (en el subsistema prepagado) estamos ante verdaderas agencias aseguradoras, ya que en ambas cumplen la función de asegurar el otorgamiento de un paquete básico integral de servicios de salud^{8/}. Además de asegurar, ambas agencias afilian, recaudan, se relacionan con el fondo para la redistribución de los recursos y contratan y pagan los servicios con los proveedores. Estas agencias podrán ser públicas o privadas, aunque en la propuesta del Min-Salud se excluyen las agencias privadas con ánimo de lucro. Estas agencias deben ser reguladas y deben ser de un tamaño tal que permita afiliar a un buen número de usuarios y así reducir costos. Además, en la propuesta del DNP se enfatiza en la promoción del aseguramiento por grupos. En las dos propuestas se resalta la separación entre entidades aseguradoras y entidades prestadoras de servicios. "Ninguna entidad aseguradora podrá prestar servicios médicos", dice la propuesta Min-Salud.

En el caso del subsistema público de salud en la propuesta del DNP, se habla de los Fondos Locales o Seccionales de Salud, creados por la ley 10 de 1990, como las entidades intermediarias entre las entidades estatales proveedoras de los recursos fiscales destinados a la salud de los pobres, las entidades prestadoras de servicios de salud y los usuarios. Sin embargo, aquí no podemos referirnos a ellos como agencias aseguradoras, ya que no cumplen esta función, sino la de simples administradores o intermediarios de los recursos del Estado. De acuerdo al esquema consagrado en la ley 10 de 1990, es claro que estos fondos no pueden cumplir ninguna función más allá de ser los receptores de estos recursos, ya que operan como simples cuentas de la dirección local de salud (art. 13).

En la propuesta del ISS no se habla de agencias aseguradoras o administradoras. Se habla de una única agencia de aseguramiento (el Fondo Unico) y de entidades intermediarias entre los hospitales, el fondo y los usuarios (las entidades prestadoras de servicios personales de salud). En esta propuesta no existe una entidad especializada en la intermediación entre las entidades prestadoras

^{8/} Como se consagra en ambas propuestas, estas agencias podrán ofrecer paquetes que incluyan, además del paquete básico, servicios adicionales o complementarios que deberán ser costeados por el usuario.

de servicios, los usuarios y el fondo. No existe especialización en este campo, ya que este papel de intermediación no está diferenciado del de proveedor de servicios. Como dice la propuesta, las entidades prestadoras de servicios personales de salud serán integradas por "múltiples organizaciones de naturaleza privada (con o sin ánimo de lucro) que tendrán una serie de elementos mínimos para prestar los servicios de promoción y prevención, así como la atención ambulatoria básica y para servir de intermediarios entre los asegurados, el fondo único y los hospitales. Estas organizaciones competirán por adscribir a los asegurados y podrán ofrecer o contratar planes que excedan el paquete que cubra el seguro obligatorio. Además, contratarán para sus adscritos las prestaciones de servicios especializados, y gestionarán ante el Fondo Único el pago de las cuotas de sus adscritos". Así, se confunden las funciones de administración con la de prestación de servicios médicos, ya que se admite que una sola organización pueda ofrecer los dos tipos de servicios. En consecuencia, la propuesta no se ajusta estrechamente al esquema triangular propuesto (salvo que logre separarse "estructuralmente" la administración de la prestación de los servicios), pudiéndose generar problemas en su viabilidad como los referidos en la sección II, en especial, la ausencia de mecanismos eficaces para el control del comportamiento inmoral de los proveedores de servicios.

En este sistema, no existe ningún tipo de alternativas de aseguramiento para el usuario: el asegurado enfrenta una única posibilidad de asegurarse, eliminándose toda posibilidad de competencia en el aseguramiento. En este sentido es muy parecido al sistema canadiense que elimina toda competencia en el aseguramiento y que reconoce la existencia de economías de escala en la función de aseguramiento (sección II.4). Un planteamiento de este tipo enfatiza más en el aspecto de protección social de la asistencia médica, maximizando la solidaridad del sistema, aunque desconoce las ventajas sobre la eficiencia que puede llevar una competencia entre los aseguradores. El usuario no puede escoger, lo cual elimina un mecanismo fundamental de control de calidad del sistema, que es la capacidad que tiene el usuario en un mercado de sustituir un proveedor por otro si no queda satisfecho con el servicio ofrecido (soberanía del consumidor). Para el ISS, la eficiencia del sistema queda subordinada a de los principios de solidaridad y eficiencia. La aplicación de estos dos principios "permite un manejo racional de los recursos y los riesgos, haciendo posibles mecanismos para controlar los costos, lo que no es posible en un esquema de seguros comerciales privados. La competencia en la prestación de los servicios personales de salud, habilitada por un seguro obligatorio y solidario (con subsidios a la demanda para los indigentes) puede ser un factor que lleva a la mejoría en la calidad de los servicios y a una racionalización de los costos."

La propuesta del Min-Salud, trata de recoger un poco más las virtudes de la competencia entre aseguradoras, aunque descarta de ella a la aseguradoras privadas con ánimo de lucro, y mantiene un

fondo único reasegurador y solidario. Esta propuesta balancea un poco más la necesidad de eficiencia en el mercado con la necesidad de protección social del sistema asistencia médica, aunque no llega al punto de permitir que cualquier persona compita por los recursos de los asegurados. Sólo aquellas entidades autorizadas por el Estado y que no tiene ánimo de lucro pueden competir y cumplen las labores de recaudar, afiliar y asegurar.

Por último las propuesta del DNP da una mayor preponderancia a los elementos de competencia entre aseguradores privados o públicos, reconociendo, aunque vagamente, la necesidad de un órgano que permita alguna solidaridad en el subsistema privado. En el subsistema público se descarta la necesidad de un fondo único o de aseguradores, ya que el mismo sistema público se encarga de destinar los recursos a quien los necesita.

En cuanto a las relaciones entre el fondo y las agencias aseguradoras o administradoras no es todavía muy clara su operatividad. En el caso de la propuesta del Min-Salud no hay claridad en el sistema de incentivos y primas entre el fondo y los aseguradores. Si no existe un sistema que identifique a aquellas agencias más eficientes y los premie no habrá incentivos en los aseguradores para ofrecer mejores servicios a menores costos, ya que siempre existirá un fondo que les cubrirá pérdidas cuando sean ineficientes. La propuesta sólo establece la función del fondo de redistribuir recursos cumpliendo objetivos de solidaridad entre regiones, además del reaseguro por la ocurrencia de enfermedades catastróficas, pero no dice cómo. Este punto es crucial y es el que le daría viabilidad e interés para que las agencias aseguradoras participen sanamente en el sistema.

La propuesta del DNP avanza un poco más en este sentido: el fondo transferirá a las aseguradoras los recursos con base en una prima negociada, que diferirá según el riesgo y la edad de los afiliados. Los servicios así transferidos dependerán básicamente del número de personas afiliadas y el riesgo correspondiente^{9/}. Para agilizar el manejo de los recursos, cada aseguradora mantendrá en el fondo una cuenta corriente a la cual podrá ingresar los recursos provenientes de las cotizaciones y deducir lo correspondiente a las primas pactadas. De nuevos, el éxito en el establecimiento de estas primas está en la base del buen funcionamiento del sistema.

En la propuesta del ISS, como se verá en la relación entre administradoras (aseguradoras), el Fondo Unico recaudará las contribuciones y acreditará (mediante una tarjeta) el derecho del asegurado que libremente escogerá una organización prestadora de servicios a la cual quedara adscrito por un período de tiempo. El

^{9/} Con primas diferenciales según el riesgo y una regulación específica el aseguramiento por grupos, se limita la selección adversa que puede ocurrir en esquemas de seguros.

Fondo Unico pagará por capitación el valor correspondiente a los servicios de previsión, promoción y básicos ambulatorios.

b. Descentralización:

En las tres propuestas hay acuerdo en que la descentralización es un elemento fundamental del sistema, no sólo para darle cumplimiento a los principios consagrados en la nueva Constitución, sino para la viabilidad del mismo. Lograr la pretendida universalidad del sistema es imposible en una organización centralizada. Una organización de este tipo genera un sistema de múltiples esquemas de servicios, fragmentado por clases sociales o estratos de ingreso y con diversas clientelas institucionales.

Las tres propuestas plantean sistemas descentralizados y municipalizados, en el cual todos los servicios de salud de departamentos y municipios quedan bajo la orientación general de las autoridades estatales respectivas, por lo menos en teoría. No obstante, como se verá en la sección de viabilidad administrativa, se requiere de un mayor desarrollo en las propuestas del papel que jugará el municipio en todo el esquema.

La propuesta del Min-Salud por un lado plantea que debe existir una Dirección Nacional del Seguro (organismo con autonomía administrativa y patrimonio propio adscrito al Ministerio de Salud) que asume la función de planeación global del sistema, establece políticas, promueve y desarrolla las prestaciones integrales a nivel nacional, conduce el sistema del seguro, supervisa los planes de aseguramiento, establece políticas de reaseguramiento, estabilización y riesgos catastróficos y distribuye los recursos.

Por otro lado, se descentraliza totalmente el sistema, tanto en la función de aseguramiento como en la de prestación de servicios. Cada una debe tener personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio. El modelo implica que las seccionales del ISS se descentralicen y se departamentalicen; que las clínicas a su turno adquieran total autonomía administrativa, diferenciándose entonces la gestión del aseguramiento frente a las operación en la prestación de los servicios.

"La descentralización de las agencias gestoras y de las entidades prestadoras de servicios presupone la aplicación de la ley 10 de 1990, en lo atinente a la descentralización de la política de salud en el primer nivel para los municipios y en el segundo y tercero para los departamentos. Estos deberán orientar sus recursos (fondos seccionales o locales) en la parte que sea necesaria para afiliar al seguro social su población objeto del subsidio con recursos

públicos^{10/}. Los fondos seccionales y locales deberán actuar como agencias aseguradoras, o contratar dicha gestión con terceros, pero es de notar que sobre todo al municipio corresponde además articular una política global de salud (promoción y prevención)^{11/}. Sólo los servicios de consulta externa, maternidad, hospitalización, rehabilitación y cirugía podrán ser manejados mediante el sistema de aseguramiento.

En la propuesta del DNP, también se da la misma descentralización de las entidades administradoras y prestadoras de servicios médicos, ajustándose a la ley 10. Sin embargo, el papel de los Fondos Locales o Seccionales se circunscribe al subsistema público donde cumple un papel fundamental. En la propuesta no es clara la entidad que debe asumir la dirección y planeación del sistema, aunque se puede deducir que ésta ha de ser el Ministerio de Salud.

Por último, en la propuesta del ISS sólo se da descentralización en la función de prestación de servicios médicos. La función de aseguramiento está monopolizada y centralizada. A pesar que se le da mucha importancia a la descentralización como una necesidad del sistema, es poco lo que desarrolla el tema.

c. Identificación de los usuarios, afiliación y recaudo:

El tema de la identificación y afiliación de los usuarios y el recaudo de sus aportes son puntos neurálgicos en la relación entre administradores, fondo y usuarios, ya que de su operatividad y eficiencia depende que el sistema sea viable financieramente.

i. Identificación:

Cada una de las propuestas requiere identificar diferentes tipos de usuarios para determinar el tipo de derechos y deberes de cada uno en el sistema. Sin embargo, no todas las propuestas contienen la misma categorización de los usuarios.

Mientras que la propuesta del ISS habla de seis categorías de usuarios (indigentes, desocupados, informales, independientes, asalariados y afiliados), la del Min-Salud habla de cinco: pobres (miseria y con NBI), informales, jubilados y asalariados, y en la propuesta del DNP sólo se diferencia entre pobres y no pobres. Sin embargo, a pesar de que cada una se refiere a ellos, ninguna establece mecanismos claros para identificarlos, lo cual puede ser uno de los problemas más difíciles de resolver en un sistema de

^{10/} No es claro que los Fondos Locales puedan llegar a cumplir funciones diferentes a la de ser una simple cuenta de la Dirección Local de Salud.

^{11/} En la propuesta del ISS esta función corresponde a la agencias prestadoras de servicios personales de salud.

seguros de salud. Además, existen otros problemas en la categorización.

En la propuesta del ISS, en la categoría de independientes hay que diferenciar entre aquellos que son pudientes y los que no lo son. La propuesta del Min-Salud sólo habla de los informales, pero incluye ésta a los independientes? También, existen categorías que no son mutuamente excluyentes. Por ejemplo, puede existir un asalariado o un independiente que sea indigente o pobre, o un asalariado que sea un afiliado al ISS.

En conclusión, existe un gran vacío en los mecanismos para identificar a los usuarios del sistema, además de la existencia de problemas en la categorización de los usuarios. La determinación de los usuarios en diferentes categorías es un aspecto de crucial importancia para la operatividad de las propuestas, ya que cada una implicará la realización de acciones diferentes para lograr su afiliación y posterior recaudación de sus aportes.

ii. Afiliación y recaudación:

Una diferenciación fundamental entre los usuarios del sistema debe ser entre aquellos que deben y pueden cotizar y aquellos que (aunque debiendo hacerlo) no pueden. Independientemente de los problemas de identificación de cada uno, las tres propuestas plantean esquemas diferentes de afiliación. En la propuesta del ISS todos los usuarios (pobres y no pobres) se afilian al Fondo Unico y éste se encarga de redistribuir recursos entre aquellos que cotizan más y los que cotizan menos, y entre aquellos que cotizan y los que no lo hacen. En la propuesta del Min-Salud todos (pobres y no pobres) se afilian a alguna agencia aseguradora que está en la obligación de recibirlo, aunque luego, por aquellos que no cotizan, el fondo de solidaridad se encarga de enviar los dineros a la respectiva aseguradora. Es así como a pesar de existir diferentes instituciones que cumplen la labor de aseguramiento en estas dos propuestas, tanto pobres como no pobres entran en un mismo sistema que se encarga de redistribuirlos.

Por el contrario, en la propuesta del DNP no ocurre lo mismo. Los usuarios pobres entran al subsistema público, mientras que los no pobres van al subsistema privado. En el subsistema público los pobres, con el apoyo de los subsidios estatales (canalizados a través de los Fondos Locales) pueden acceder a los servicios médicos asistenciales, siendo su afiliación obligatoria, aunque no se desarrollan mecanismos para que esto se cumpla. En el subsistema prepagado, los usuarios se afilian libremente^{12/} a las aseguradoras (sin que ninguna pueda rechazarlo).

^{12/} Existe, además, una penalización por su no afiliación a un sistema de seguros.

El establecimiento de dos subsistemas puede generar problemas. En primer lugar, un sistema termina subsidiando al otro, lo cual implica que los dos subsistemas no son totalmente independientes. Y en segundo, se crea una medicina para ricos y otra para pobres, lo cual es profundamente inequitativo a los ojos de la sociedad.

La afiliación a los servicios de salud del ISS y de las Cajas de previsión pasa a ser voluntaria, pues estas entidades pasan a ser una más de las agencias aseguradoras del sistema. Sin embargo, a pesar de que los esquemas de afiliación están planteados, no se desarrolla la manera como se debe atraer a los usuarios.

Lo mismo ocurre con los aportes de los usuarios al sistema. Cada propuesta establece los montos de los aportes de los afiliados. Sin embargo, no es clara, ni se desarrolla, la manera de recaudarlos. En algunos sectores es mucho más fácil el recaudo, como en el sector asalariado a través de descuentos sobre la nómina, pero en sectores como el informal el recaudo requiere de fórmulas bastante imaginativas.

Las tres propuestas no están de acuerdo en el monto de la cotización que deben pagar los usuarios (no-pobres), aunque sus valores son bastante cercanos. En la propuesta del ISS se proponen dos métodos de estimación de los aportes al sistema: por un lado, a través del cobro de cotizaciones proporcionales al ingreso, de 12% por familia, sin importar su número, para trabajadores independientes, asalariados y afiliados al ISS; y, por otro, de una cuota fija de \$1,200 por mes (pesos de 1991) para los informales^{13/}. En la propuesta del Min-Salud se habla únicamente del cobro de un aporte proporcional al ingreso entre un 10 y 12% para todos los usuarios no-pobres. Por último, en la propuesta del DNP, al igual que la propuesta del ISS, se habla de cotizaciones proporcionales y fijas. Para los asalariados las cotizaciones serán con base en el salario y para los trabajadores independientes con capacidad de pago serán fijas, aunque el porcentaje y su monto está por estimarse de modo que equilibre los ingresos y los gastos del sistema. Sin embargo, subsisten dudas en la propuesta sobre cuál debe ser el ingreso familiar que hay que utilizar. Con todo, la cotización propuesta se movería entre 8.4% y 12%.

En el caso específico de los asalariados, en todas las propuestas existe consenso en que se debe mantener el sistema en el cual el empleador aporta dos terceras partes de la cotización y el empleado la tercera parte restante. Además, todas hablan de una cotización por familia sin importar su número. Sin embargo, el no tener en cuenta el número de miembros en una familia puede generar problemas, de equilibrio financiero del sistema. Al respecto, no

^{13/} El establecimiento de cuotas fijas para los informales y cuotas proporcionales para los asalariados implica implícitamente un subsidio de parte de éstos a favor de aquellos.

existe consenso sobre el tamaño promedio de una familia en el país^{14/}.

Como se había dicho, los métodos para lograr recaudar los recursos aportados están muy poco desarrollados en las propuestas. La propuesta del Min-Salud es la que desarrolla más este aspecto sin llegar a agotarlo. Las tres propuestas reconocen como un mecanismo fundamental de recaudo el descuento de la nómina en el caso de los asalariados, pero allí se quedan. Este es el aspecto fácil, pero qué hacer con los independientes y los informales? Min-Salud propone sistemas diferentes como sobretasas en los servicios públicos domiciliarios, impuestos municipales, cobro con estampillas, notas de débito en cuentas corrientes o tarjetas de crédito, aunque no los desarrolla.

d. Regulación:

La regulación juega un papel fundamental en los tres esquemas propuestos. Al igual que en toda la literatura, se reconoce que el sistema no puede funcionar en un esquema totalmente privado y libre. Es así como en el esquema más liberal (DNP), a pesar de que admite una gran competencia, está de acuerdo en que ésta debe ser regulada.

En la relación entre agencias administradoras y usuarios se reconoce, en las tres propuestas, que debe existir regulación al menos en los siguientes aspectos:

i) Regulación del paquete mínimo estándar de salud integral por familia, con mínimos de calidad y servicios ofrecidos por las agencias administradoras o aseguradoras (entidades de prestación de servicios personales en el caso del ISS).

Todas reconocen la necesidad de un paquete integral que cubra los tres niveles de atención, aunque debe delimitarse aún más su alcance. La determinación de un paquete mínimo básico es fundamental para la diferenciación entre los servicios a que cada agencia aseguradora está obligada a ofrecer y aquellos que se denominan como complementarios y que pueden ser adquiridos por el usuario de acuerdo a su costo.

ii) Afiliación de los usuarios: Toda administradora o aseguradora está en la obligación de afiliar a cualquier usuario que se lo solicite. Además, se ha de incentivar los mecanismos de afiliación y se debe penalizar la no afiliación debido a su carácter obligatorio.

^{14/} Los cálculos van de cotizantes por familia promedio de 2 miembros, en el caso del ISS, y familias con más de cinco miembros en la propuesta del ministerio.

También existen propuestas de regulación, aunque no planteados de manera unánime, en los siguientes aspectos:

- i) Regulación de la composición de los grupos de usuarios por agencia aseguradora (DNP).
- ii) Control de los costos administrativos, máximo 10%, de las agencias aseguradoras (Min-Salud).
- iii) Ruptura de los monopolios de la demanda y de las clientelas institucionales (Min-Salud).
- iv) Autorización del gobierno para la operación de las agencias administradoras (Min-Salud).
- v) Tiempo mínimo de afiliación para el acceso a ciertos servicios (DNP).
- vi) Regulación de la transferencia de usuarios entre compañías (Min-Salud y DNP).

e. Libertad y obligatoriedad:

En dos de las tres propuestas la libertad de elegir una agencia de aseguramiento juega papel fundamental en la eficiencia del sistema (Min-Salud y DNP). Sin embargo, en la del DNP, esta libertad es relativa según el subsistema de que pertenezca el usuario (público o privado). Ambos subsistemas tiene racionalidades diferentes y esto puede generar sus problemas. Como lo ha resaltado la literatura (Van de Ven, 1991) "una estructura financiera en la que no se coordinan la asistencia médica y los servicios sociales menoscaba la eficacia de la asistencia médica, es un obstáculo al cambio y produce al mismo tiempo efectos recurrentes no deseados...una financiación por múltiples fuentes y unas normas complejas impiden muchas veces sustituir con eficacia un servicio de asistencia médica por otro."

Además, un sistema de seguros de salud con dos subsistemas como el que propone el DNP puede tener problemas como una distribución de primas desequilibradas, que con frecuencia se percibe como injusta; la eliminación de la libertad de elección del usuario en el subsistema público; y problemas inherentes a la transición del sistema de cajas de seguros de salud a seguros de salud privados, y viceversa.

Un corolario necesario del principio de libre elección es la obligación del asegurador de afiliar a toda persona que quiera hacerlo. Sin este principio el derecho a elegir libremente sería apenas un derecho en el papel, que generaría problemas de selección adversa. Las tres propuestas reconocen esta obligación de las aseguradoras. Además, se consagra que debe existir un buen sistema de información, que está por desarrollarse, que facilite la

decisión de los usuarios, tanto de inscripción como de cambio de servicios.

En el caso del ISS, como ya se hizo hecho referencia, no es clara la libertad de elección del usuario, con los problemas que esto puede generar sobre la eficiencia.

f. Solidaridad:

Todas las propuestas reconocen la necesidad de que exista solidaridad en el sistema de seguros de salud. La propuesta del ISS es la que mayor peso le da a este principio.

La aplicación de este principio reconoce la existencia de individuos que por sí solos no tienen la capacidad económica de costearse los servicios personales de salud y también la de individuos con probabilidades diferentes para enfermar. Aplicando este principio, esta propuesta trata de agrupar al máximo los riesgos y los recursos. Para lograr esta solidaridad el aporte del individuo al fondo debe depender de sus ingresos y no de su riesgo de enfermar.

La propuesta del ISS logra este máximo de solidaridad, tanto fiscal como parafiscal, ya que al existir un único fondo de recaudo (recursos fiscales y de los afiliados) y aseguramiento, éste puede trabajar con el costo promedio de la comunidad. En la propuesta del Min-Salud la solidaridad entre toda la comunidad se da de manera indirecta al recaudarse de acuerdo a la capacidad de pago y otorgarse los servicios de acuerdo a las necesidades del usuario. Sin embargo, no todos los recursos parafiscales se reúnen en un fondo único, ya que al Fondo de Solidaridad sólo llegan el 15% de los recursos recaudados por las aseguradoras (aunque si llegan todos los recursos fiscales destinados al ramo).

En la propuesta del DNP la solidaridad se genera con la canalización de los recursos fiscales, que pagan las personas de mayores recursos a través de impuestos, hacia el subsistema público. Para el subsistema de prepago se establece adicionalmente, la solidaridad por cotizaciones que se fijan según el ingreso de los asalariados.

g. Participación comunitaria:

Ninguna de las tres propuestas consagra elementos concretos que generan la participación comunitaria en las agencias administradoras (aseguradoras), ni en el fondo.

2. Relación administradores y proveedores

Al analizarse la relación entre estos dos agentes surgen las siguientes preguntas: ¿Qué tipo de contratación debe existir entre aseguradores y proveedores?; ¿Los servicios deben pagarse retrospectivamente o prospectivamente?; ¿Debe ser la contratación obligatoria o el asegurador puede escoger aquel proveedor que le ofrezca mejores servicios?; ¿Cómo lograr que los servicios contratados sean de óptima calidad?; ¿Debe el seguro cubrir la totalidad de los gastos incurridos por el usuario o debe el usuario compartir parte de los costos médicos (franquicias o deducibles)?; ¿Cómo lograr que no exista un comportamiento inmoral por parte de los médicos que lleve a un aumento inusitado de los costos (control de costos)?; ¿Cómo lograr un sistema eficiente de contratación?; ¿Debe existir regulación?

a. Naturaleza y funciones de los proveedores:

En todas las propuestas existe un relativo consenso en las funciones y naturaleza de las entidades prestadoras de servicios de salud. Estas deben ser entidades con autonomía administrativa, patrimonio propio y personería jurídica. Pueden ser tanto públicas como privadas, con o sin ánimo de lucro.

En la propuesta del ISS existe una diferenciación entre estas entidades que no se consagra entre las dos propuestas: la diferencia entre entidades prestadoras de servicios personales de salud y los hospitales^{15/}. Las primeras tendrían en parte las funciones de una agencia aseguradora de las otras dos propuestas. Estas deben adscribir a los usuarios ofreciéndoles un directorio médico y hospitalario del cual podrán escoger. Adscrito libremente el usuario, deberá quedarse en la respectiva entidad por un tiempo mínimo. El Fondo Unico pagará por capitación el valor de los servicios de promoción, prevención y básicos ambulatorios, y periódicamente la entidad facturará al fondo los servicios de nivel secundario y terciario prestados a sus adscritos y el fondo pagará de acuerdo a tarifas por servicio.

b. Separación entre aseguradores y proveedores:

Un punto necesario de partida para analizar la relación entre estos dos agentes es que efectivamente exista independencia entre los

^{15/} Esta diferencia no tiene porque ser obligatoria, pudiendo una sola organización prestar todos los servicios.

dos. En la propuesta del ISS si bien existe una diferenciación entre el fondo único y los proveedores, no es clara la separación entre las entidades administradoras y los proveedores. Las entidades prestadoras de servicios personales de salud se confunden con las entidades intermediarias o administradoras que existen en los otros dos esquemas. Sin embargo, la Directora del ISS en marzo habló de la necesidad de separación total entre entidades administradoras y prestadoras de servicios, aunque no fueron claras las implicaciones de esa afirmación sobre el ISS mismo. En la propuesta del Min-Salud se dice expresamente que las entidades aseguradoras no pueden prestar servicios médicos, cosa que en la propuesta del DNP no se dice explícitamente.

La separación en las funciones de aseguramiento y provisión es un punto que ha sido identificado como necesario para la eficiente operación de un sistema de seguros de salud. La especialización de funciones así lo exige. En el caso de los proveedores éstos deben actuar como verdaderas empresas con patrimonio propio, autonomía administrativa y personería jurídica, sean públicas o privadas. Todas las propuestas coinciden en que la empresarialización de las entidades prestadoras de servicios es fundamental.

"En la búsqueda de la eficiencia en la gestión de los recursos, en la oportunidad y calidad de los servicios resulta indispensable adelantar la empresarialización de diferentes actividades, sean ellas realizadas por entidades públicas, mixtas o privadas; la modernidad parece imponer simultáneamente también la universalización de ciertas reglas económicas y administrativas en forma independiente del carácter jurídico de la empresa que realice la actividad"^{16/}.

c. Sistemas de contratación:

En la relación entre aseguradores y proveedores el punto fundamental de discusión a nivel mundial se refiere a los sistemas de contratación entre estos dos. Un sistema de contratación eficiente debe tener en cuenta dos cosas: mecanismos de control de los costos médicos y el mantenimiento de mecanismos que premien la eficiencia en el servicio. En un punto tan trascendental como éste, es poco lo que avanzan las propuestas.

Todas ellas reconocen la necesidad de la existencia de sistemas de pagos prospectivos, aunque no se desarrolla el tema y se habla de múltiples sistemas sin que se establezca cuál debe ser el sistema óptimo. En el caso de la propuesta del ISS se habla del pago por capitación en los servicios de promoción, prevención y atención ambulatoria; y en los servicios de nivel secundario y terciario se

^{16/} Jaramillo, Iván (1991), "Hacia un Sistema de Seguridad Social en Salud Eficiente, Solidario y Universal", Mimeo, Bogotá, noviembre.

habla de pago por tarifas por servicios prestados. En la propuesta de Min-Salud, se habla de manera muy vaga de diferentes sistemas: en los servicios de promoción y prevención se habla del pago según los criterios establecidos en los programas de salud pública, su cobertura y su impacto; en los servicios asistenciales (ambulatorios y hospitalarios), tarifas en costos estándar por tipo de procedimiento y sistemas de anticipos y reembolsos por servicios prestados y volumen de producción; y en los servicios asistenciales en condiciones específicas se habla de sistemas como la capitación, regulaciones salariales, facturas individualizadas o tarifas diarias por diagnóstico. Por último en la propuesta del DNP, se habla de pago con base en costo promedio por familia inscrita y atendida en la atención primaria y pago con base en costos estándar en los servicios hospitalarios.

Un gran vacío en las propuestas es la inexistencia de referencias a los aspectos de control de la tecnología. El ISS es quizás el único que se refiere al tema al plantear el Fondo Unico, ya que a través de éste se puede lograr un sistema de contratación con los proveedores que lleve a un control de la tecnología.

d. Regulación:

En las tres propuestas se da libertad a las entidades aseguradoras para contratar los servicios de las entidades que ofrecen mayor calidad y eficiencia. Sin embargo, no existe libertad en el tipo de contratos que debe existir con cada agencia. Como se vio en los sistemas de contratación cada propuesta propone las características esenciales de cada contrato. Además, existirá control sobre la calidad de los servicios ofrecidos.

Hay que darle juego a que las agencias y los prestadores mejoren eficiencia. Si no, para qué la competencia? La regulación está en el alcance del paquete, y no en cómo cada agencia asegura, ofrece o contrata.

3. Relación asegurados y proveedores

En este caso las preguntas que han de ser resueltas por las propuestas son: ¿Cómo lograr que se satisfagan óptimamente las necesidades de los usuarios (calidad)?; ¿Cómo lograr que el usuario controle el comportamiento inmoral de los médicos?; ¿Puede el usuario escoger su médico?; ¿Cómo lograr que el usuario escoja el proveedor de mejor calidad?; ¿Cómo lograr que el usuario no tenga un comportamiento inmoral?.

En este aspecto las propuestas son bastante pobres y ninguna habla de mecanismos efectivos de información para que el usuario pueda escoger entre aquellos proveedores de mejor calidad, lo cual es un presupuesto básico para que la libertad de elección del asegurado de un entidad prestadoras de servicios.

En las tres propuestas se reconoce la necesidad de una competencia en la provisión de los servicios médicos y la necesidad de un control de la calidad de los servicios ofrecidos.

a. Copago:

Las tres propuestas reconocen la necesidad de franquicias o copagos por parte del usuario como mecanismo fundamental para el control de comportamientos inmorales por parte de usuario.

En las tres propuestas el esquema será regulado por el Estado para garantizar una oferta de servicios adecuada y calidad de la atención de los servicios de salud.

En la propuesta del DNP, según la capacidad socioeconómica de los afiliados, se establecerán topes para el pago inicial de consultas y medicinas.

b. Participación comunitaria:

Unicamente en la propuesta del Min-Salud se plantea la posibilidad de que representantes de la comunidad tengan cabida en el organismo directivo de las instituciones prestadoras de servicios de salud y del servicio municipal y departamental de salud.

B. Flujo de los recursos

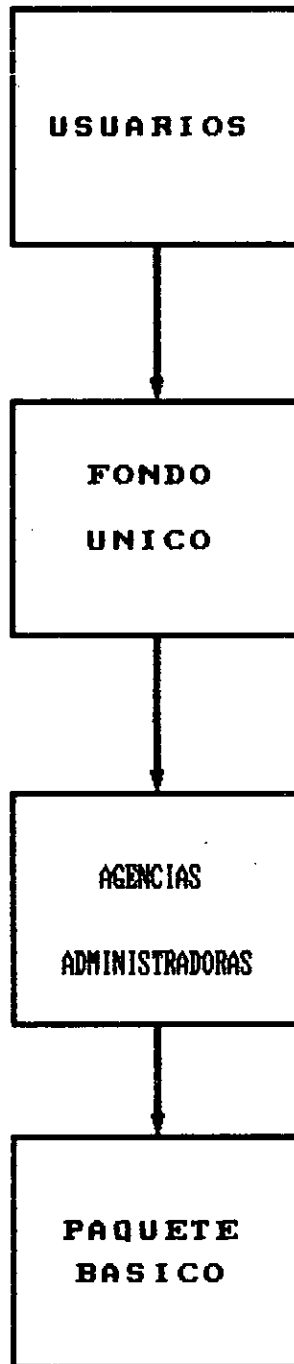
En las tres propuestas se puede decir que existen dos tipos de flujos de los recursos hacia la consecución de un paquete dado.

En un primer esquema los recursos fluyen gráficamente en una línea recta: el fondo único recauda los aportes de los afiliados, éste luego los distribuye entre diferentes agencias administradoras que se encargan de agrupar a diferentes grupos de población y les ofrece un paquete básico integral regulado que ha de ser cubierto por las entidades prestadoras de servicios al pagárseles por alguno de los sistemas de contratación propuestos. Este es el esquema propuesto por el ISS y se caracteriza por su simplicidad. Requiere, sin embargo, de fuertes mecanismos de control y de criterios de distribución claros (gráfico 5).

Otro punto favorable de este esquema es que elimina posibilidades de selección adversa, pues el usuario no es identificado por la aseguradora por los recursos que cotiza o aporta, sino tan sólo como persona afiliada.

En un segundo esquema, el flujo es un poco más complicado y ofrece mayores problemas. Los aportes de los afiliados son recaudados por diversas agencias a lo largo de todo el país. Los recursos recaudados por cada agencia son en parte apropiados por ésta para el cubrimiento de los paquetes de sus afiliados y parte es enviada

Gráfico 5
FLUJO DE RECURSOS
(línea recta)



a un fondo único que ha de redistribuirlos entre las diferentes agencias, teniendo en cuenta tanto aspectos de eficiencia como de solidaridad. Además, el fondo único ha de recibir los aportes fiscales y redistribuirlos con los mismos criterios. Redistribuidos los recursos a las agencias, éstas deciden cómo contratar con los proveedores y así cubrir el paquete básico (gráfico 5A).

Un punto fundamental que se relaciona con la reasignación de recursos entre el fondo único y las aseguradoras es cómo establecer un sistema de primas entre estos dos agentes de tal manera que se premie la eficiencia sin desconocer los aspectos solidarios. Esto está en la base de la viabilidad económica. En las propuestas del Min-Salud y el DNP no se ha desarrollado bien este tema y en ningún caso se está premiando si las aseguradoras funcionan mejor o peor. Los recursos entre el Fondo y las aseguradoras deberían asignarse no sólo por el riesgo de la población a cargo de cada agencia teniendo criterios de costos diferenciados por región y origen socio-económico, si no también por la forma en que logran manejar su población adscrita. En principio se debería partir de un criterio mínimo que sea la población sana y luego repartir los excedentes por eficiencia.

V. VIABILIDADES

En esta sección se tocan los temas de viabilidad financiera, política y administrativa de las tres propuestas. La viabilidad económica, en el sentido de eficiencia e incentivos económicos, para que el sistema funcione adecuadamente, fue desarrollada en el capítulo de comparación de propuestas, en las distintas relaciones funcionales de sus agentes.

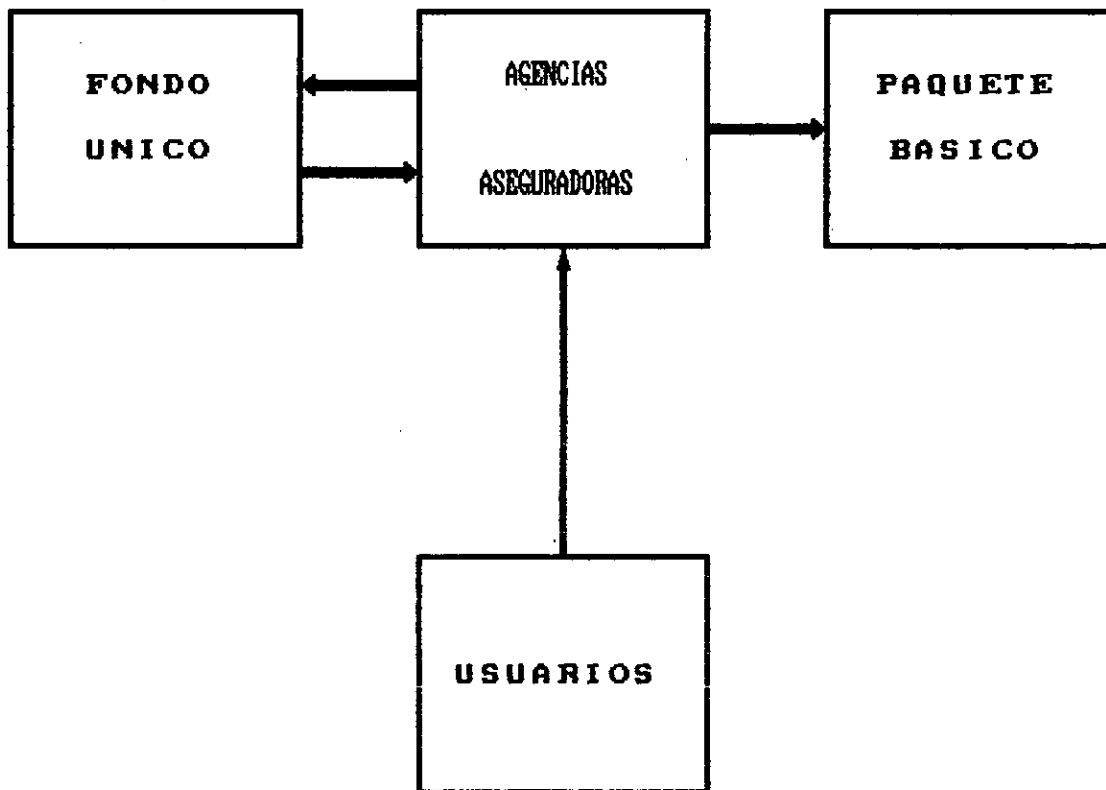
A. Viabilidad financiera

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.

1. **Propuesta del ISS** : Esta propuesta desagrega la población en seis grupos -indigentes, desocupados, informales, independientes, asalariados no cubiertos y afiliados-, desagregación que resulta

FLUJO DE RECURSOS (esquema complejo)



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 puede ser 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 a 1, en tanto que el tamaño de las familias en Colombia implicaría una relación de 4 a 1.

a. 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.

b. Ingresos

En cuanto a los ingresos al sistema 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 las cuentas 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

Cuadro 1
PROPUESTA ISS - ANALISIS FINANCIERO

GRUPO No.	COBERTURA FAMILIAR DENOMINACION	POBLACION	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 NUMERO: \$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 INVERSION EN INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE
	CAJAS DE COMPENSACION			40,000.000	CORRESPONDE AL 25% DEL TOTAL DE INGRESOS DESTINADOS A SALUD
	VENTA SERVICIOS			72,000.000	VENIA DE SERVICIOS DE LOS ACTUALES HOSPITALES PUBLICOS
	ECOSALUD			50,000.000	SE ESTIMA EL PRODUCIDO ANUAL DE ECOSALUD
	T O T A L E S	32,976.287	1,161,837.029	1,405,526.000	
			* \$35,232.50 por beneficiario		

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.

c. Equilibrio financiero del Sistema

Con base en estos supuestos, los gastos de cubrir adecuadamente 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 100% 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.

2. 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)^{17/}."

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 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 NBI ^{18/}. 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.

a. 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.

^{17/} Agudelo, Carlos. Desarrollo del Sistema de Salud en "Desarrollo del Sistema de Salud en Colombia". Serie de Debate No. 1. Minsalud, Bogotá, julio 1991.

^{18/} Rodríguez, J. A. Red de protección para los grupos vulnerables. Proyecto de Desarrollo Humano de Largo Plazo para Colombia. PNUD/Fedesarrollo. Bogotá, 1992.

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 \$112000 (incluye hospitalización).

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

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.

b. 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 \$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.

c. 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%.

3. **Propuesta del DNP:** La propuesta de Planeación Nacional es la que menos aventura, formalmente, los costos de su puesta en ejecución.

a. 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 es 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.

b. 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.

c. Equilibrio del Sistema

En todos los escenarios la cotización varía hasta que los ingresos logren cubrir los gastos (última 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 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.

2. 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:

i) 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

Cuadro 3
FINANCIACION DEL SISTEMA DE SALUD, D.N.P.

COTIZACION PROMEDIO POR FAMILIA	12.02	8.42	9.43
FINANCIACION			
I. RENTAS FISCALES			
. RENTAS SECCIONALES	116.524		
. SITUADO FISCAL	145.662		
. ECOSALUD	39.200		
. SUBTOTAL FINANCIACION 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
VII. TOTAL FINANCIACION	1240.784	1297.776	1409.759
COSTO FINANCIACION	18.336	75.328	187.311
INGRESO FAMILIAR PROMEDIO MENSUAL	158.391	240.742	210.129

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.

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

iii) 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 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.

iv) 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).

v) 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.

B. Viabilidad política

La aceptación y actitud que tengan los diferentes agentes que intervienen en el sistema -usuarios, agencias intermediarias, prestadores de servicios y el entorno mismo- determina la viabilidad política de las propuestas. Para que los usuarios acepten el sistema propuesto, el paquete de servicios ofrecido debe ser bueno -al menos mejor que el anterior- y los gastos que éste suponga para el usuario deben ser accesibles y razonables. La aceptación por parte de los prestadores del servicio de salud está íntimamente ligada al sistema de contratación que se emplee. Estos son los aspectos que se desarrollan en esta sección.

No se toca la viabilidad por parte de las agencias administradoras ni por parte del entorno. La aceptación por parte de las primeras está en función de los roles que se les asigne y de su relación con las actuales instituciones que conforman al sistema, así como de la utilidad que ellas puedan derivar de su participación. Los aspectos de compatibilidad con las actuales instituciones del sector se desarrollan en la sección sobre la viabilidad administrativa donde

también se discutirá el papel de los municipios y las regiones como agentes que participan en el funcionamiento del sistema; los aspectos de utilidad, en especial la económica, fueron tratados en la comparación de las propuestas en la relación entre usuarios y agencias administradoras.

La aceptación que pueda darle el entorno al sistema y más concretamente la viabilidad política de una reforma como la propuesta, es una consecuencia de la forma adecuada con que logre dársele operacionalización a los puntos anteriores. Encuentra, eso sí, un factor político favorable como es la imposición que hace la nueva Constitución para que el tema se aborde con prontitud y la conciencia que existe hoy día en el país porque las cosas, en materia de seguridad social, deben cambiar. Encuentra también la dificultad que supone remover buena parte de las viejas estructuras que hoy rigen la seguridad social en Colombia.

Hay que adelantar que las propuestas no han mirado con detenimiento la mayoría de estos temas, pues se han preocupado sobre todo de mirar hacia dónde se quiere ir, con marcos suficientemente amplios, independientes de la viabilidad de una pronta puesta en ejecución de las propuestas. Estas, se puede decir, aún no han entrado en su etapa de operacionalización.

1. Propuesta ISS:

a. Usuarios: Los siguientes elementos, que tienen que ver con la oferta del servicio, parecen no introducir ningún efecto negativo en la aceptación por parte del usuario, aunque algunos merecerán, en el futuro, un mayor desarrollo. La propuesta ISS, como las otras dos, pretende mejorar el servicio -en eficiencia, calidad y oportunidad-. Sin embargo, como ya se ha venido formulando, de las tres es la que ofrece menores posibilidades reales para cumplir con este cometido, en particular en aumentar la eficiencia. Ofrece, eso sí, el paquete con mayor alcance, casi ilimitado, lo que resulta muy positivo para el usuario. No avanza elementos sobre cómo se pondría en ejecución la obligatoriedad de la afiliación, salvo para el caso de los asalariados que continuarían cotizando en las mismas condiciones actuales.

Se requerirá un mejoramiento del servicio, pues hoy día hay descontento en una parte de los usuarios asalariados, en especial los de altos ingresos. También que se avance en cómo se haría la afiliación para los informales (se habla de un aporte bajo por familia, pero no del mecanismo para atraerlos), así como de los independientes.

El costo del paquete es otro factor determinante de la actitud del usuario y del empleador. La propuesta mantiene la distribución entre empleador (dos terceras partes) y empleado (una tercera parte) de la cotización cuando se trata del sector formal. Mantiene también el nivel de cotización familiar en 12%. Este valor empieza

a tener opositores, en especial de los empleadores, quienes ante las deficiencias del actual servicio deben recurrir a la doble afiliación. También porque las comparaciones internacionales muestran que esa cotización puede resultar algo elevada. De todas formas, mantener esa cotización no es un inconveniente insalvable pues ya ha sido asumida desde años atrás, pero exige, y esto es lugar recurrente, que se refleje en un mejor servicio, que haga innecesaria la doble afiliación haciendo que el esfuerzo financiero adicional resulte no forzoso y relacionado tan sólo con servicios complementarios al paquete básico.

Complementariamente, no debe olvidarse que la propuesta persigue subsidiar a la totalidad de la población vulnerable del país con recursos fiscales. Esto le da aceptabilidad a la propuesta en lo que concierne a este grupo de población.

Queda, sin embargo, la duda de cual será la actitud del grupo de "informales". El incentivo no financiero para ellos está en que el servicio ahora sería más eficiente y cristalino, y que la existencia de multiplicidad de agencias (todas las propuestas son descentralizadoras aunque en ésta la autonomía asignada a las agencias es menor) -no así de regímenes de afiliación- puede facilitar su afiliación. El incentivo económico propuesto por el ISS es el de cotizaciones accesibles para este grupo de población, basadas en un salario integral de 1.5 salarios mínimos, que no es elevado. Falta sin embargo precisar aún más si ésto sería convincente para este grupo poblacional.

Al respecto, merece destacarse la propuesta de las Cajas de Compensación, en cabeza de Compensar, las que orientarían parte de sus recursos al cubrimiento en salud de los informales. Estas Cajas se encargarían de ofrecer un paquete de salud integral parcialmente subsidiado -la fuente de recursos para ello son los recursos que disponen por ley- y servirían de intermediarios para captar afiliados en ese grupo de población. Más aún, llegan a proponer que el sostenimiento de sus recursos quede condicionado a que ellas logren afiliar un número determinado de personas, pertenecientes a este grupo de población. Esta propuesta no debe desestimarse pues es un mecanismo válido para integrar las Cajas al sistema, manteniendo su carácter de entrega de subsidios familiares.

El **co-pago** es otro elemento que no puede olvidarse en cuanto a las actitudes que puede promover en el usuario. Este hace parte de las tres propuestas, aunque no es tan sustancial en la del ISS. Esa propuesta dice que las cuotas moderadoras no deben ser elevadas y deben ser graduales, pero no avanza en su cuantificación. De la estructura de ingresos se desprende que la venta de servicios alcanzaría a un 15%, lo que daría un tope al porcentaje que alcanzarían esas cuotas. Por lo pronto hay que rescatar el principio que las cuotas moderadoras deben ajustarse según el grupo socio-económico atendido y según el tipo de atención o de servicio prestado. Como su cuantificación no se ha desarrollado es difícil

adelantar comentarios al respecto, aunque no debe desconocerse que el gasto privado en salud ha tenido siempre altos niveles de inversión en el país lo que de alguna forma le da viabilidad a la implantación de estos pagos.

De otra parte, la actitud del usuario hacia el sistema puede mejorarse a través de diferentes estrategias que busquen su participación en él. No en vano la **participación comunitaria** aparece como un elemento importante en las diferentes propuestas. Esta participación está presente en la propuesta ISS tan sólo bajo la modalidad de libre escogencia por parte de los usuarios de las entidades prestadoras del servicio de salud. Ello lleva implícita la necesidad de que la información sobre los médicos y hospitales fluya, lo que no sucede en la actualidad.

La existencia de buenos sistemas de información y de control, es una necesidad en todas las propuestas pues está en la base de buena parte de las decisiones y del funcionamiento del sistema pero, valga decirlo, no se desarrolla a cabalidad en ningún caso.

b) Agencias prestadoras de servicios médico-asistenciales: La propuesta propone la contratación por capitación para los servicios básicos, aunque valga decirlo de una manera más "tímida" que las otras propuestas. Este mecanismo es novedoso en Colombia, siendo pocas las experiencias que existen al respecto, y que no muestran una posición -en uno u otro sentido- de los médicos sobre esa forma de contratación.

No debe desconocerse que todo cambio no deja de tener opositores. De una parte, los procesos de descentralización y la forma nuclear como se organizarían los médicos, hacen perder control y unicidad a ese gremio, y pueden llegar a generar una actitud negativa de su parte si no se les involucra en el sistema. Un canal, quizá el más sensible, es que participen en el proceso de negociación que debe llevar a definir las tarifas con que se realicen las contrataciones. Del éxito de esa negociación, y más ampliamente de la forma como se determinen las tarifas, depende en buena medida el funcionamiento del sistema. Ese punto, a pesar de la importancia que reviste, no está desarrollado con suficiencia en ninguna de las tres propuestas.

Así mismo es esencial la manera como se realice el control y la regulación de los servicios. Con el tiempo las tarifas tienen que ir ajustándose, debe existir diversidad regional que tenga presente sus diferencias en costos, y tiene que existir amplitud en la norma que permita que los agentes prestadores de servicios no se sientan ahogados por la reglamentación. Ciertamente, estos aspectos aún no han sido desarrollados en las propuestas, siendo éste uno de los vacíos que pronto deben llenarse, una vez decidida la línea a seguir.

De otra parte, la capitación supone que los prestadores de servicios médicos logren agruparse para poder cumplir eficazmente con las condiciones de contratación y para poder ofrecer un mejor servicio. Eso exige una cierta capacidad gerencial, aún inexistente en el cuerpo médico-asistencial. En ese orden de ideas, debe empezar ofreciéndose facilidades para la correspondiente capacitación, la que debe conducir a lo que se ha llamado la "empresalización" de los prestadores de servicios, término utilizado en las tres propuestas.

El mecanismo propuesto de que el dinero siga a la demanda y no a la oferta, también común a las tres propuestas -aunque con distintos énfasis- tiene también consecuencias importantes sobre la contratación, en particular con la de los hospitales. El pago a éstos se haría por servicio prestado y no por presupuesto histórico, como ha sido hasta la fecha en los hospitales públicos. Ello puede crear desajustes, en particular en el corto plazo. Debe preverse una etapa de transición, no prevista en la propuesta ISS, y en la cual el presupuesto fijo e histórico vaya paulatinamente perdiendo participación y paralelamente la venta de servicios vaya ganando dicha participación. En este nivel, la empresalización de los hospitales se hace cada vez más urgente y necesaria. Si esto no se prevé, el sistema no podrá funcionar.

2. Propuesta Minsalud:

a) Usuarios: La propuesta, como la anterior, pretende mejorar el servicio -en eficiencia, calidad y oportunidad- y le da una mayor y mejor integración al sistema de salud; ofrece un paquete que si bien se ocupa de los tres niveles de atención, resulta ser el que parece tener el menor alcance. La no explicitación de los paquetes impide comparar en detalle qué aspectos quedarían por fuera. Se destaca que se ofrece un mínimo de atención a toda la población, mínimo que se relaciona con la prevención y promoción, elemento que debe ser rescatado, pues muestra la necesidad de no dejarse llevar por el énfasis "curativo" sobre el "preventivo". Si bien los beneficiarios actuales del ISS podrían objetar una desmejora en sus condiciones, ello es debatible pues dado que el servicio debe mejorarse y que muchas de las condiciones cambiarían a favor del usuario, los dos momentos no resultan comparables y la caída en el alcance del servicio, que sería tan sólo teórica, no resultaría relevante.

La propuesta no avanza elementos sobre cómo se pondría en ejecución la obligatoriedad de la afiliación, salvo para el caso de los asalariados que continuarían cotizando a través de las nóminas. Avanza algo en cómo se haría la afiliación para los informales así como de los independientes: en el sector informal habrá que realizar acciones de sensibilización y educación para acercar al usuario al servicio, para hacerle conocer las bondades de la afiliación al sistema, lo que claramente debe estar enmarcado dentro de las políticas generales de educación en salud.

Pero lo que es más diciente en cómo convertir en "obligatoria la obligatoriedad" lo constituyen las ideas de condicionar el acceso a algunos servicios públicos a la afiliación al sistema de seguridad social. Podría pensarse, por ejemplo, que el mecanismo de cobro y afiliación se relacionara con el pago de los servicios públicos, como la electricidad (Olano G., en memorando al Viceministro, propuestas de cobro; también en propuesta piloto para cobro por servicios en el municipio de Chía). Compensar propone, también, que para matricular los niños a la escuela, la familia debe estar afiliada al sistema.

El costo del paquete es otro factor determinante de la actitud del usuario y del empleador. La propuesta mantiene la distribución entre empleador (dos terceras partes) y empleado (una tercera parte) de la cotización cuando se trata del sector formal. Insinúa, sin embargo, que los niveles de cotización pueden ser cambiados, puesto que se propone que la cotización familiar se mueva entre el 10 y el 12%. Esa posibilidad de reducción le daría, desde el punto de vista de los usuarios y en especial de los empleadores, gran viabilidad a la propuesta, pues les liberaría recursos. Complementariamente, la doble afiliación desaparecería puesto que la libre escogencia de aseguradoras y la prestación eficiente del servicio básico, limitaría los recursos adicionales a la búsqueda de servicios complementarios.

A su vez, no debe olvidarse que la propuesta persigue subsidiar con recursos fiscales a la totalidad de la población vulnerable del país. Esto le da aceptabilidad a la propuesta en lo que concierne a este grupo de población. Queda, sin embargo y como en el caso anterior, la duda de cual será la actitud del grupo de "informales". El incentivo no financiero para ellos puede estar en que el servicio ahora sería más eficiente, y que la existencia de multiplicidad de agencias puede facilitar su afiliación. El incentivo financiero es que parte del paquete se subsidiaría: el 65%, para la población con miserable y con NBI, y el 40% para la población no asalariada con NBI.

El co-pago, otro elemento que no puede olvidarse en cuanto a las actitudes que puede promover en el usuario, no se desarrolla con suficiencia en la propuesta. El valor de los aportes del usuario se podría dimensionar con base en los porcentajes del costo del paquete que no son subsidiados por parte del Estado, pero ello no habla con precisión de los co-pagos. El tema debe desarrollarse y debe preservar, como ya se mencionó, los principios de gradualidad en el tipo de atención y en el grupo de población.

La participación comunitaria aparece como un elemento importante en la propuesta del Ministerio. Está presente no sólo bajo la modalidad de libre escogencia por parte de los usuarios de las entidades prestadoras del servicio de salud, sino también de las agencias administradoras. También se preocupa de que la comunidad tenga acceso a los organismos directivos de las instituciones

prestadoras de servicios de salud y de servicios municipales y departamentales, esto último en atención a lo que plantea la ley 10. Este tipo de participación de la comunidad, aunque muy valioso, debe ser precisado aún más y supone, sin lugar a dudas una etapa de capacitación y formación en la comunidad.

b) Agencias prestadoras de servicios médico-asistenciales: La propuesta propone la contratación por capitación para los servicios básicos. Al igual que las otras propuestas no se desarrolla la forma como se daría esa contratación. Tampoco avanza cómo se realizaría el control y la regulación de los servicios y el ajuste que con el tiempo hay que darle a las tarifas, con base en la diversidad regional y sus diferencias en costos. Tampoco se desarrolla cómo se fomentaría la capacidad gerencial que requerirían los prestadores de servicios, en particular los hospitales, para poder participar adecuadamente en el sistema.

El mecanismo propuesto de que el dinero siga a la demanda y no a la oferta tiene, como ya se dijo, consecuencias importantes sobre la contratación en particular con la de los hospitales. El pago a éstos se haría por servicio prestado y no por presupuesto histórico, como ha sido hasta la fecha en los hospitales públicos. Ello puede crear desajustes, en particular en el corto plazo, lo que exige que se prevea una etapa de transición no desarrollada en la propuesta.

3. Propuesta de Planeación Nacional

El análisis de viabilidad política de esta propuesta no difiere en demasía de las anteriores. Por ello tan sólo se presentan los pocos elementos que pueden implicar un comportamiento diferente de los ya presentados.

a) Usuarios: La propuesta se dirige claramente a mejorar el servicio -en eficiencia, calidad y oportunidad- siendo la mejora en eficiencia, basada en mecanismos de competencia, el punto más sensible; ofrece un paquete que se ocupa de los tres niveles de atención y aunque completo resulta inferior en cobertura al del ISS. De nuevo no hay una explicación formal de ese paquete, salvo a través de un camino indirecto, el de Compensar, puesto que las dos metodologías fueron en buena medida similares.

La propuesta es la que menos avanza elementos sobre cómo se pondría en ejecución la obligatoriedad de la afiliación, salvo para el caso de los asalariados que continuarían cotizando a través de las nóminas y que financiarían el subsistema pre-pagado privado. Uno de los principales vacíos de la propuesta es que no avanza nada sobre cómo se haría la afiliación para los informales y sobre los independientes. Tiene el gran inconveniente de poder generar inequidades y por lo mismo descontentos en un sector de la población, al distanciar los dos subsistemas, el público y el privado, lo que puede redundar en un paquetes de atención básica

diferentes para los dos sectores. De otra parte, la obligatoriedad de afiliación al sistema puede acarrear algunos problemas sobretodo cuando se plantean penalizaciones por la no inscripción como lo sugiere la propuesta. Falta aclarar de qué tipo de penalizaciones se está hablando.

Sobre el costo del paquete, la propuesta mantiene la distribución entre empleador (dos terceras partes) y empleado (una tercera parte) de la cotización cuando se trata del sector formal. Sin embargo, presenta escenarios en los que los niveles de cotización varían del 8.4 al 12%. Esa posibilidad de reducción le daría, desde el punto de vista de los usuarios y en especial de los empleadores, gran viabilidad a la propuesta, pues les liberaría recursos. La doble afiliación desaparecería puesto que la libre escogencia de aseguradoras y la prestación eficiente del servicio básico, limitaría los recursos adicionales a la búsqueda de servicios complementarios.

El **co-pago**, otro elemento que está presente en la propuesta tampoco se desarrolla con suficiencia. La **participación comunitaria** aparece como un elemento importante en la propuesta de Planeación y está presente bajo la modalidad de libre escogencia por parte de los usuarios de las entidades prestadoras del servicio de salud y de las agencias aseguradoras. Esta competencia es elemento central de la propuesta.

b) Agencias prestadoras de servicios médicos y asistenciales: Se propone la contratación por capitación en lo que tiene que ver con los servicios básicos. Al igual que las otras propuesta no se desarrolla con suficiencia.

De otra parte, tanto la contratación por capitación como la competencia abierta por atraer los usuarios suponen una cierta capacidad gerencial por parte de los prestadores de servicios no necesariamente presente en el cuerpo médico-asistencial y en los hospitales. En ese orden de ideas, debe empezar ofreciéndose facilidades para la correspondiente capacitación, la que debe conducir a lo que se ha llamado la "empresalización" de los prestadores de servicios.

El mecanismo propuesto de que el dinero siga a la demanda y no a la oferta, común a las tres propuestas tiene, como ya se dijo, consecuencias importantes sobre la contratación, en particular con la de los hospitales. Para el efecto, parece pertinente la propuesta de Planeación de prever una etapa de transición, que permita que los hospitales, en especial los públicos, pasen de una presupuestación histórica a una por prestación de servicios.

4. Consideraciones adicionales:

Es claro que la no existencia de un adecuado sistema de información, que sirva también de control y de regulación, así como

la dificultad inherente a la determinación de las tarifas -incluso a la negociación de ellas-, son elementos que exigen una etapa de maduración del sistema, antes de que pueda entrar en operación. Así mismo, la capacitación que debe operarse a nivel local para que en ese nivel logren organizarse las correspondientes agencias, para que logren desarrollarse adecuados sistemas de afiliación en especial para la población no asalariada, para que los usuarios logren participar adecuadamente del sistema y para que los prestadores de los servicios de salud, en especial los hospitales, logren agruparse y "empresalizarse", exigen una gradualidad. Ello dice que habrá que actuar con prudencia pero también con decisión, si es cierto que se quiere cumplir con los objetivos fijados por la Constitución.

C. Viabilidad administrativa

En esta sección se presenta comparativamente frente a la estructura actual del sector salud, la organización y funcionamiento de los sistemas propuestos, según las funciones asignadas a las diferentes entidades.

1. Organización vigente del sector salud

De acuerdo a la ley 10 de 1990 el sector salud está organizado en dos subsectores: el subsector oficial y el subsector privado. Del subsector público hacen parte las entidades descentralizadas del orden nacional, departamental, municipal o distrital; las dependencias directas de la Nación o de las entidades territoriales; las entidades o instituciones públicas de seguridad social, en lo pertinente a la prestación de servicios de salud (ISS, cajas nacionales o departamentales de previsión o compensación); y la Superintendencia Nacional de Salud. Del subsector privado hacen parte las instituciones privadas de seguridad social y cajas de compensación familiar (en lo pertinente a la prestación de servicios de salud); fundaciones o instituciones de utilidad común; corporaciones o asociaciones sin ánimo de lucro; y personas privadas naturales o jurídicas.

En cuanto a la responsabilidad y dirección del sistema de salud la misma ley establece divisiones a nivel territorial. La dirección y la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención corresponde a los municipios, distritos y áreas metropolitanas (hospitales locales y centros y puestos de salud). La dirección y prestación de servicios de salud del segundo y tercer nivel de atención corresponde a los departamentos y distritos. Todo esto sin perjuicio de las funciones que cumplen las entidades descentralizadas del orden nacional, cuyo objeto sea la prestación de servicios de previsión y seguridad social.

A nivel nacional la dirección del sistema corresponde a la Dirección Nacional del Sistema de Salud y está a cargo del

Ministerio de Salud. Sus funciones, entre otras, son las de formular y adoptar la política para el sistema de salud, programar la distribución de los recursos que corresponden a las entidades territoriales, expedir las normas científico administrativas de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el sistema, vigilar el cumplimiento de las políticas y planes del sector, autorizar la prestación de servicios de salud, y coordinar y asesorar las actividades de las entidades del sector. En los departamentos existe una Dirección Seccional del Sistema de Salud que se encarga, entre otras funciones, de la prestación de asistencia a los municipios, coordina y supervisa la prestación del servicio en su territorio, programa la distribución de los recursos recaudados y administra los Fondos Seccionales de Salud en coordinación con la Secretaría de Hacienda. A nivel local, existe la Dirección Local del Sistema de Salud que coordina y supervisa la prestación del servicio en su territorio, programa la distribución de los recursos recaudados en el respectivo municipio, estimula la atención preventiva familiar extra-hospitalaria y el control del medio ambiente, y administra los Fondos Locales de Salud en coordinación con la Secretaría de Hacienda, entre otras funciones.

Los Fondos Seccionales o Locales de Salud se manejan como una simple cuenta especial del presupuesto de la respectiva entidad territorial y son administrados por la respectiva dirección seccional o local de salud.

En cuanto a las entidades de prestación de servicios de salud en los diversos niveles de atención, sólo se les podrá autorizar su funcionamiento, desde la vigencia de la ley 10 de 1990, dotándolas de personería jurídica y autonomía administrativa. Se exceptúan de este régimen, las unidades de prestación de servicios de salud de las instituciones de previsión y seguridad social y del subsidio familiar, los puestos y centros de salud, pertenecientes a entidades descentralizadas que presten sus servicios en el municipio de su jurisdicción. Además la administración de estas entidades deberá desarrollar un régimen de control de gestión que incluya indicadores de eficiencia y sistemas de información.

En cuanto al ISS, está organizado de acuerdo a las disposiciones establecidas por la ley 90 de 1946, los decretos 1050 y 3130 de 1968, 433 de 1971, 1650 y 1700 de 1977 y a los estatutos del acuerdo 448 de 1988. Este funciona como un establecimiento público con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, adscrito al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Está sometido a la dirección y coordinación del Consejo Nacional de Seguros Sociales Obligatorios, ello sin perjuicio de la obligación que tiene de someterse a las normas del Sistema Nacional de Salud. Son funciones de este instituto: ejecutar la política general sobre seguros obligatorios; efectuar la inscripción de los afiliados y la facturación y recaudo de los aportes correspondientes; atender la prestación de servicios asistenciales y de salud correspondientes; proteger en forma integral la salud de sus

afiliados y familias^{19/}; elaborar los proyectos de reglamentos generales sobre condiciones y términos de los distintos seguros de salud; atender el pago de las prestaciones económicas correspondientes a los seguros de enfermedad general y maternidad; evaluar, clasificar y certificar los grados de incapacidad permanente y de invalidez; elaborar y expedir los reglamentos sobre seguridad e higiene industrial y prevención de accidentes y enfermedades profesionales; y las demás que le asigne la ley.

El Consejo Nacional de Seguros Sociales Obligatorios fue creado por el D.L. 1650 de 1977 como organismo del gobierno que tiene a su cargo la formulación de políticas y la dirección general del régimen de dichos seguros.

De acuerdo a la ley 15 de 1989, la Superintendencia Nacional de Salud es un organismo adscrito al Ministerio de Salud con personería jurídica^{20/}, autonomía administrativa y patrimonio independiente. Corresponde a ésta ejercer el control, inspección y vigilancia sobre las actividades que conciernen a la prestación de los servicios de salud de los seguros sociales obligatorios, asistencia pública, atención médica a cargo de entidades creadas o sostenidas por el Estado y liquidación, recaudo y transferencia de los recursos fiscales que se apliquen a tales actividades.

2. Propuestas

a. Propuesta I.S.S.

La propuesta del ISS propone la existencia de los siguientes agentes o instituciones para la operación del seguro nacional de salud: Fondo Unico Nacional, entidades prestadoras de servicios personales de salud, hospitales y usuarios.

i. Fondo único nacional

El Fondo Unico propuesto por el ISS es de carácter nacional, naturaleza pública y cumple las funciones de ser el recaudador único de las contribuciones del sistema, asegurados exclusivo, llevar la actuaría del sistema, fijar el monto de las contribuciones y beneficios, acreditar el derecho de cada individuo al

^{19/} De acuerdo al art. 6 del decreto 1650 de 1977 y al art. 2 del D.L. 433 de 1971, deberán afiliarse forzosamente al régimen del ISS los trabajadores nacionales y extranjeros que presten sus servicios a patronos particulares, los funcionarios de la seguridad social a que se refiere el D. 1651 de 1977, los trabajadores independientes de que trata el acuerdo 023 de 1984, y los pensionados del régimen de seguros sociales obligatorios.

^{20/} La ley 10 de 1990 eliminó la personería jurídica de la superintendencia.

seguro y contratar y pagar a los proveedores de servicios de salud. Sin embargo, la propuesta no desarrolla bien la manera como este Fondo Unico se inserta en la organización actual de la salud.

La propuesta aclara que este fondo no tiene que ser necesariamente el I.S.S.. No dice tampoco quién debe serlo, aunque anota que la experiencia del I.S.S., su infraestructura y conocimiento acumulado a lo largo de más de medio siglo no debe ser ignorada.

De acuerdo a la organización actual del I.S.S., dentro de sus funciones cabrían perfectamente las de recaudación, tanto de los aportes de sus afiliados como de los recursos fiscales (art.48, lit.b, D.L. 1650 de 1977), fijación del monto de los beneficios del paquete básico (art.48, lit.e); aseguramiento, actuaría del sistema y contratación con los proveedores del servicio. Sin embargo, la función de fijar el monto de las contribuciones excede las funciones del seguro, ya que ésta corresponde a la ley. Otras funciones como las consagradas en el art.48 literales c, d y f, del D.L. 1650 de 1977, referentes a la prestación de servicios asistenciales y de salud y el desarrollo de acciones de prevención, curación y rehabilitación excederían las funciones propuestas para el Fondo Unico, ya que éstas corresponderían a los proveedores de servicios. Además, de acuerdo como se ha planteado en diversas ocasiones, habría que separar en el ISS el manejo de los seguros de salud de los seguros económicos, por lo menos a nivel administrativo. Su separación institucional no es todavía clara, aunque para el manejo de un seguro nacional de salud de la magnitud propuesta sería conveniente. Esta sería una limitante adicional para que el ISS se convirtiera en el Fondo Unico, ya que implicaría dividir al ISS en dos entidades.

Adicionalmente, a pesar de que la propuesta no lo dice, todo esto obligaría a dividir nuevamente al I.S.S. en dos partes: una parte puramente administrativa y otra de prestación de servicios de salud. Esta segunda, además, requeriría eventualmente una segunda partición entre entidades prestadoras de servicios de promoción, prevención y básicos ambulatorios (que servirían de intermediarios entre los hospitales, el Fondo Unico y los usuarios, y los hospitales), y los hospitales.

La constitución de un Fondo Unico también implica problemas de confusión en las funciones de dirección del sistema, que está a cargo del Ministerio de Salud de acuerdo a la ley 10. No es claro quién debe planear y coordinar el sistema. La creación de un seguro nacional de salud de la magnitud propuesta implica que la dirección del mismo llegaría a abarcar algunas de las funciones del Ministerio de Salud. Se deben diferenciar claramente las funciones del Ministerio y el Fondo Unico, ya que esto podría generar problemas en el manejo del sistema de salud.

Si bien, el constituir al I.S.S. como Fondo Unico tiene sus ventajas, al no exigir una nueva ley que le permita a otras

entidades recaudar los recursos aportados por los usuarios, requeriría de una gran reforma administrativa de la institución a través de una ley. Como quedó consagrado en la nueva Constitución toda nueva contribución fiscal y parafiscal sólo puede ser creada mediante ley, ordenanza o acuerdo (art. 333 C.N.).

ii. Aparato prestación de servicios

La propuesta del I.S.S. diferencia entre dos tipos de organizaciones prestadoras de servicios de salud: las organizaciones prestadoras de servicios personales de salud y los hospitales.

- Organizaciones prestadoras de servicios personales de salud

De acuerdo con la propuesta del I.S.S., estas instituciones son las encargadas de garantizar los servicios de promoción, prevención y atención básica ambulatoria, además de ser las encargadas de las labores de intermediación entre los hospitales, el fondo único y los usuarios. Estas instituciones compiten por adscribir a los usuarios, pudiéndoles ofrecer servicios adicionales. Si éstas se ajustan a la ley 10, deberían operar a nivel municipal o distrital (puestos y centros de salud y hospitales locales). Sin embargo, de acuerdo a los principios de complementariedad y subsidiariedad consagrados en la ley 10, no habría inconveniente en que existieran organizaciones de servicios que prestaran sus servicios en los tres niveles de atención. También instituciones de carácter privado podrían prestar sus servicios. Es más, en la propuesta sólo se habla de entidades privadas (con o sin ánimo de lucro) para atender los servicios de este nivel. Esto desconocería la importancia de las entidades del subsector público que cumplen un importante papel en este sentido. Este punto ha ido diluyéndose en conversaciones sostenidas con los autores de la propuesta.

Sin embargo, desconoce los mecanismos consagrados en la ley 10 de 1990, ya que habla que la naturaleza de estas instituciones es privada (con o sin ánimo de lucro), las cuales eventualmente pueden ofrecer todos los servicios de atención. Aquí no se habla para nada de los fondos locales de salud, ni de la ley 10.

- Hospitales

La propuesta del I.S.S. habla de entes autónomos o de instituciones integrantes de agrupaciones de prestación de servicios personales. Pueden ser tanto públicos como privados. Esto se ajusta a lo contemplado en la ley 10 de 1990, aunque para el caso de las entidades prestadoras de servicios de salud pertenecientes a las instituciones de la seguridad social la ley las exepúa del requisito de tener autonomía administrativa y personería jurídica. Sin embargo, como se dice arriba, los hospitales del I.S.S. tendrían que separarse como entes autónomos de la parte administra-

tiva del seguro u ofrecer un servicio integral de salud en todos los niveles.

De otra parte, y esto es común a las tres propuestas, el hecho de que los dineros sigan a la demanda y no a la oferta, obliga a que los presupuestos se elaboren con base4 en servicios prestados. Si bien así sería para los gastos de funcionamiento, faltaría ver si también vale para los de inversión. En ese caso habría fuertes repercusiones en el Fondo Nacional Hospitalario, el cual deberá reformarse. Puede anotarse que al respecto ya hay inquietudes que se dirigen a reorganizar el Fondo, buscando que las funciones que le son asignadas sean cumplidas de cabalidad.

b. Propuesta Ministerio de Salud

La propuesta del Min-Salud consagra cuatro agentes fundamentales en el sistema de servicios de salud: la Dirección del Seguro de Salud (dentro de la cual existe un Fondo de Solidaridad o Reaseguro), diversas agencias aseguradoras del seguro nacional de salud, entidades prestadoras de los servicios de salud, entidades prestadoras de los servicios de salud y los usuarios.

i. Dirección Nacional del Seguro

En relación a las entidades existentes, la Dirección Nacional del Seguro de acuerdo a su naturaleza sería idéntica a la de la Superintendencia Nacional de Salud, creada en 1977 mediante el D.L. 1650 : autonomía administrativa, patrimonio propio y personería jurídica^{21/}, adscrito al Ministerio de Salud. En cuanto a sus funciones (supervisión, coordinación y desarrollo, reaseguro, regulación agencias y fijación del paquete mínimo) se ajustaría a las funciones otorgadas a la Dirección Nacional del Sistema de Salud en la ley 10. Sería lógico que la dirección nacional del seguro de salud y del sistema de salud fueran instituciones iguales, ya que de acuerdo a la magnitud del seguro nacional de salud existirían muchas funciones compartidas por ambos organismos.

ii. Fondo de solidaridad

A diferencia del I.S.S., el Fondo de Solidaridad operaría como una simple cuenta de la dirección del seguro y no como un ente autónomo. Sin embargo, existirían obstáculos jurídicos para que los dineros de las cotizaciones que actualmente van al ISS se desviarán hacia esta cuenta. Además, la determinación de las cotizaciones que deben pagar las afiliados al seguro nacional de salud requeriría de una ley que permitiera su cobro y recaudo, no sólo por una entidad diferente del ISS o entidades análogas facultadas por ley (cajas de compensación o previsión, por ejemplo), sino para extender el cobro

^{21/} Sin embargo la ley 10 de 1990 a eliminado la personería jurídica de la superintendencia

a toda la población con capacidad de pago. Este Fondo de Solidaridad sería una figura equivalente a los Fondos Seccionales o Locales a nivel nacional.

iii. Agencias aseguradoras

La propuesta del Min-Salud visualiza estas agencias aseguradoras como entes descentralizados operando en una base territorial que puede ser local, municipal, seccional regional y, excepcionalmente, nacional. Estas pueden ser públicas o privadas, aunque sólo pueden ser sin ánimo de lucro si se trata del paquete básico (las entidades privadas con ánimo de lucro sólo pueden ofrecer seguros complementarios del básico integral). Además, éstas deben ser autorizadas por el gobierno y vigiladas por el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud.

La propuesta de esta entidad consagra que pueden ser agencias aseguradoras las actuales cajas seccionales del I.S.S. y de la Caja nacional de Previsión, las cajas departamentales y municipales de previsión, las cajas de compensación familiar, la Caja Agraria, la Previsora, las cooperativas, las asociaciones mutuales y las aseguradoras privadas que se afilien reaseguren sus afiliados al fondo nacional. En la misma forma podrán cumplir esta función de agencias los fondos seccionales y locales de salud creados por la ley 10. Como ya se había dicho habría obstáculos jurídicos para que agencias diferentes al ISS captaran los recursos de los trabajadores que de acuerdo a los decretos leyes 433 y 1650 de 1971 tienen que afiliarse forzosamente al ISS. Se requeriría, por lo tanto, de una nueva ley que modificara dicho régimen. Además, como también se decía, de acuerdo al principio constitucional consagrado en el artículo 338 de la Constitución sólo la ley, las ordenanzas o los acuerdos pueden imponer nuevas contribuciones fiscales o parafiscales.

También, para que las actuales cajas seccionales del ISS y de la Caja Nacional de Previsión y demás cajas departamentales y municipales puedan cumplir la labor de aseguramiento tendrían que separarse como entidades autónomas, ya que habría la necesidad de separar las entidades de prestación de servicios de las aseguradoras. Como se hizo referencia, para lograr que las entidades nacionales del I.S.S. y la Caja Nacional de Previsión logren integrarse al esquema propuesto, éstas deberán descentralizarse y conferir una amplia autonomía administrativa y financiera a sus seccionales.

Con respecto a los Fondos Locales, creemos que asignarle a éstos la función de agencias aseguradoras se está excediendo la naturaleza de los fondos creados en la ley 10 en su artículo 13, donde la naturaleza de los mismos es la ser simples cuentas especiales del presupuesto de la entidad territorial, bajo la administración de la dirección seccional o local de salud. Si se miran las funciones que

se les otorgan a estas agencias aseguradoras, éstas estarían yendo claramente más allá de las de un fondo local o seccional.

A pesar de que no se dice explícitamente, las direcciones locales o seccionales podrían jugar un papel fundamental en todo el esquema propuesto a través de la regulación y control de las agencias aseguradoras por departamento y municipio. También, a través de los Fondos Locales o Seccionales cumplirían un importante papel de redistribución de los recursos fiscales destinados al área de la salud.

Por último, hay que resaltar las importantes labores que pueden prestar las diferentes cajas de previsión o compensación en la afiliación de la población más desprotegida (informales e indigentes).

iv. Instituciones prestadoras de servicios de salud

Esta propuesta consagra que estas instituciones se deberán organizar como instituciones con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa como lo establece la ley 10 de 1990. En el modelo las entidades que presten servicios de salud pueden ser públicas y privadas, con o sin ánimo de lucro, y competirán en la prestación de servicios de toda la población asegurada.

Además se dice que las nuevas instituciones prestadoras de servicios no seguirán recibiendo sus recursos de acuerdo al sistema de presupuestos históricos y empezarán a financiarse con la venta de los servicios efectivamente prestados. Esto está de acuerdo con los principios de eficiencia consagrados en la nueva Constitución.

Esto tiene implicaciones fuertes sobre hospitales, en especial públicos, y sobre el Fondo Nacional Hospitalario, ya que lleva a una empresarización de las entidades prestadoras de servicios. Los recursos serán distribuidos teniendo en cuenta criterios de eficiencia, aunque no desconocerá factores que implican limitantes a la aplicación de estos criterios (por ejemplo, salud de la población atendida). No es claro, sin embargo, cómo se organizarían los médicos, los hospitales y los puestos y centros de salud. Esto es una constante en las propuestas donde, a excepción de la separación hecha en la propuesta del ISS, se habla en términos muy generales de las entidades prestadoras de servicios de salud.

Por último, se establece que las agencias aseguradoras contratarán la prestación de servicios con estas instituciones de acuerdo al sistema de tarifas que regula los pagos y que se consagra en la ley 10 de 1990.

c. Propuesta del D.N.P.

i. Subsistema público

- Dirección central y local

El subsistema público está compuesto por los Fondos Seccionales y Locales de Salud, creados por la ley 10 de 1990, que se encargarán de pagar la atención ambulatoria y hospitalaria que requiera la población pobre, y reemplazarán las funciones de distribución de recursos que actualmente ejecutaban los Ministerios de Salud y Hacienda sobre bases históricas.

En la propuesta no se dice nada de quién debe ser la entidad encargada de la dirección central del sistema. Se intuye que debe ser la Dirección Nacional de Salud o una de las direcciones del Ministerio de Salud.

- Prestación servicios

El sistema de prestación de servicios es el mismo para el subsistema público y el subsistema prepagado. Está compuesto por: hospitales y clínicas públicas, consultorios, centros y puestos de salud, la infraestructura del ISS, Cajanal y de las demás cajas, la infraestructura privada y los consultorios y laboratorios privados. Son entes autónomos y sin presupuestos históricos. También requieren reformas como las antes referidas. El DNP habla de gradualidad para que los hospitales públicos puedan acomodarse a esto.

Estas instituciones podrán ser tanto públicas como privadas y venderán sus servicios tanto en el subsistema público como el privado.

Los actuales hospitales públicos deberán transformarse en entes con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, tal como lo consagra la ley 10 de 1990. Los hospitales del I.S.S. y demás cajas derivarán sus ingresos de la prestación de servicios contratados con aseguradoras públicas o privadas. Los hospitales facturarán por sus servicios según costos estándar dentro del paquete básico.

Por último la atención de urgencia será obligatoria para todas las entidades hospitalarias, independientemente del prepago, como lo consagra la legislación vigente.

Los fondos locales son los pagadores como lo dice la propuesta, pero deben ser las direcciones locales quienes orienten la distribución de estos recursos de acuerdo a la ley 10. Esto puede ser un vacío en la propuesta del D.N.P.

ii. Subsistema privado

En el subsistema privado, por su parte, operarán diversas agencias aseguradoras privadas y públicas, compitiendo por la conquista de los usuarios no-pobres. Está compuesto básicamente por un Fondo de Compensación, múltiples agencias aseguradoras y el sistema de prestación de servicios.

- Fondo de compensación

Aunque este fondo inicialmente no existió, luego se introdujo en una propuesta fechada en febrero de 1992, como un mecanismo para lograr solidaridad parafiscal en el sistema. A pesar de que sus funciones no son del todo claras, este fondo no tendría la magnitud del fondo consagrado en la propuesta del ISS. Este no recaudaría ni afiliaría, sino se reduciría a servir de reasegurador del sistema y ha redistribuir recursos entre aseguradoras.

No se tiene tampoco claro cuál debe ser el organismo encargado del Fondo, ni si éste debe ser público o privado. No obstante, una cosa que si se tiene clara es que dadas las funciones del Fondo, el I.S.S. no sería el fondo único recaudador de recursos; no prestará directamente los servicios de atención médica y hospitalaria; y no será el ente regulador de la salud dentro de la seguridad social. En cambio el ISS será una entidad aseguradora que competirá en el mercado por atraer beneficiarios según las regulaciones establecidas y cuya participación, como la de otra aseguradora, estará de acuerdo con las decisiones comerciales establecidas por su gerencia y la junta directiva.

- Entidades aseguradoras

Estas entidades serán las encargadas de recaudar el pago de sus afiliados, pagar y contratar con las agencias prestadoras de servicios, entenderse con el Fondo de Compensación y ofrecer al usuario toda gama de servicios.

Pueden ser tanto públicas como privadas. La parte privada estaría compuesta por las actuales empresas que funcionan en el sistema prepago. En cuanto a las agencias públicas se requeriría de las reformas de los servicios de salud del ISS y Cajas. Las reformas requeridas serían:

- La afiliación al I.S.S. y las cajas de previsión sería totalmente voluntaria. Esta transición tendría que ser gradual, no sólo para evitar traumatismos, sino porque se requeriría de una reforma de la legislación vigente acerca de los aportes destinadas a estas dos instituciones.
- La afiliación pasaría de ser individual a familiar en todas las instituciones.

- En las cajas de previsión y en el I.S.S. se requeriría separar los recursos destinados a la salud de los destinados a prestaciones económicas, además de la separación entre las labores de aseguramiento y de prestación de servicios.
- **Instituciones prestadoras de servicios**

(Ver sección similar en la propuesta Min-Salud).

VI. CONCLUSIONES

Las tres propuestas apuntan hacia la necesidad de un cambio de fondo en el sistema de seguridad social en salud. La complejidad del tema se reconoce, tal y como también se deduce de la amplia gama de propuestas internacionales -ninguna perfecta-, y lleva a proponer, la necesidad de abordarlo gradualmente. 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 en 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 servicio 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 generen 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 adelantan; 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; la anterior lleva al reto ineludible de generar adecuados sistemas de información; se ve la necesidad de lograr reconocer adecuadamente a los pobres y que estos 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 adecuen a las estructuras del sector salud.

BIBLIOGRAFIA

- Agudelo, C. (1992), "Un nuevo Sistema de Salud, el reto del siglo XXI", mimeo, Bogotá, Min-Salud.
- Cardona, A. (1992), "Organización de un seguro nacional de salud con fundamento en la competencia en la prestación de servicios (propuesta para la comisión constitucional de seguridad social)", mimeo.
- Comisión Constitucional de Seguridad Social, Subcomisión Salud, (1991), "Informe al Ministro de Trabajo y Seguridad Social", mimeo, Diciembre 5.
- Compensar (1992), "Seguridad Social Universal, Solidaria y Eficiente", mimeo, Bogotá, Marzo.
- Decreto 1775 de 1990 (3 de Agosto), Min-Educación.
- D.N.P. (1992), "Propuesta de Reforma al Sistema de Salud en Colombia", documento de trabajo, Febrero 18.
- D.N.P. (1992), "Propuesta de Organización del Sistema de Seguros de Salud en Colombia", documento de trabajo, Enero 15.
- Humeres Noquer, H. (1991), "La Seguridad Social en el Mundo-Desarrollos recientes", mimeo, Seminario Internacional sobre Fondos de Pensiones y Cesantías, Medellín, Agosto.
- I.S.S. (1992), "Comentarios a la propuesta del DNP sobre la reforma a la Seguridad Social en el área de Salud", mimeo, Enero 31.
- I.S.S. (1992), "Propuesta para la presentación de servicios personales de salud dentro de la seguridad social", mimeo, Bogotá, Febrero 4.
- I.S.S. ((1991), "Principios y alternativas y para una reforma a la Seguridad Social en el área de Salud", mimeo.
- Jaramillo, I. (1991), "Hacia un Sistema de Seguridad Social en Salud, Eficiencia, Solidario y Universal", mimeo, Bogotá, Noviembre 10.
- Ley 10 de 1990 (Enero 10).
- Ley 91 de 1989 (29 Diciembre).
- La seguridad social frente a la Constitución Nacional (1991), "Memorias del tercer Congreso Nacional colombiano de Seguridad Social", Cali, Corporación Olof Palme.

- López Montaña, C. (1991), "Fondo de Pensiones y Cesantías en Colombia", mimeo, Seminario Internacional sobre Fondos de pensiones y cesantías, Medellín, Agosto.
- López, M.C.; Ramírez, J. C.; Jaime, V. (1991), "La Reforma de la Seguridad Social: algunas de sus implicaciones macroeconómicas" en: I Congreso Nacional del Ahorro-Memoria, Instituto Colombiano de Ahorro y Vivienda.
- Min-Salud (1992), "Proyecto de Ley por el cual se Organiza el Sistema de Salud Pública", documento de trabajo interno.
- Olano, G. (1992), "Desarrollo e Implantación del Sistema de afiliación masiva de la población (SAMP) para la prestación de servicios básicos y complementarios de salud", mimeo, Min-Salud, Enero 12.
- Olano, G. (1991), "Esquema Básico sobre el cual se montaría y funcionaría el Seguro de Salud Nacional-SESANA", mimeo, Octubre 9.
- Ramírez, J.C. (1991), "La Reforma de la Seguridad Social", Oficina Nacional de Planeación y Seccional Cundinamarca, I.S.S., mimeo, Septiembre.
- Silva-Colmenares, J. (1991), "Algunos Aspectos Socio-Económicos y Financieros de la Salud en Colombia", mimeo, Min-Salud.
- Yepes, F.J. "La Salud en Colombia, hallazgos y recomendaciones (1990), Ministerio de Salud-Departamento Nacional de Planeación.
- Yepes Parra, A. (1992), "Los Sectores Sociales del Desarrollo en la Constitución del 1991", mimeo.