

10

Consideraciones

frente a factores

críticos para la

cobertura universal

Factores críticos en vigilancia y control

ELISA CAROLINA TORRENEGRA

A partir de los insumos dados por los talleres se pueden mencionar ocho aspectos discutidos por el grupo. El primero de ellos, relacionado con la fragmentación que existe en el tema de los sujetos de control, se destaca cómo la forma, las estrategias y los mecanismos utilizados en la vigilancia y control presenta una fragmentación en tipos de regímenes, entidades cuya resultante de atención es también responsabilidad del gobierno, con diferentes planes de beneficios, tipos de aseguradoras, tipos de prestadores y financiadores.

Dentro de cada plan de beneficios se da también una fragmentación en lo que atañe a competencias y responsabilidades. La inspección, vigilancia y control se debe desarrollar para los diferentes actores, con garantía de que sean tratados de manera similar, independientemente de que sean públicos, privados, solidarios, hospitales, aseguradores, entes territoriales. La manera de proceder debe ser sistemática, programada y organizada para garantizar el éxito de la IVC.

Para el caso del sistema de financiamiento, amerita que la inspección, vigilancia y control no se debe contemplar un proceso desde una institución al interior del sector, sino se debe contemplar la posibilidad de que se dé una articulación con otras instancias de control que lo complementen, con el fin de garantizar el impacto y la eficiencia en el mismo, así como la oportunidad. Lo anterior llevaría a que se constituyera una red de controladores realmente fuerte, que responda por la vigilancia, inspección y control de cada una de las fases del sistema

y con unos resultados que sean coordinados y concertados entre todos.

Otro aspecto que salió a relucir en el taller es la necesidad del fortalecimiento y, en algunas partes, de la implantación de la cultura de la autorregulación lo que daría como resultado un sistema más maduro, permitiendo un mejor desarrollo, donde las bases estadísticas no serían tan débiles como en la actualidad.

Como conclusión se puede decir que la forma policiva como se desarrolla la inspección, vigilancia y control en la actualidad es muy costosa para el sistema, en términos de debilidades en su efectividad, y muy costosa en su forma de operación. Esta falencia ocasionada por la falta de recursos suficientes para desarrollarla, es lo que permite espacios para que los actores incumplan con sus funciones y sus responsabilidades, o sea, hay una cultura perversa cuando el actor no se siente vigilado.

Es necesario entonces fortalecer la Superintendencia pero, paralelo a ello, debe separarse muy bien la función de dirección y regulación de las funciones de inspección, vigilancia y control. En muchas ocasiones estas funciones se confunden, se duplican y se contradicen como se ha visto recientemente. La Superintendencia debe ser el rector del sistema de vigilancia y control y no el Ministerio de Protección Social. Desde la Constitución hay una delegación expresa del señor Presidente de la República en la Superintendencia de Salud para el

control de los servicios públicos, entre ellos el servicio público de la salud. En ese orden de ideas, hasta el mismo Ministerio debe estar vigilado por la Superintendencia y por el sistema de control, para garantizar que las políticas estatales sean consecuentes y congruentes con su definición.

Se requiere, además, una mirada más preventiva que correctiva. Pasar de un modelo de inspección, vigilancia y control de cómo se reporta cuando se reporta la información a un sistema de inspección, vigilancia y control basado en resultados. La aproximación actual no permite saber si se están logrando los objetivos del sistema y si todos los esfuerzos que se hacen contribuyen a una mejor salud de los colombianos.

Es necesario revisar la aproximación desde lo sancionatorio, a la posibilidad de desarrollo a través de un trabajo conjunto entre sujeto vigilado y vigilante. También la capacidad técnica para realizar las actividades de inspección, vigilancia y control parte de las otras instancias que están involucradas en el sistema de inspección y vigilancia actual, como son las entidades territoriales. Si bien la Ley 715 del año 2000 le da las competencias y las responsabilidades a los entes territoriales, en algunas acciones de inspección, vigilancia y control no siempre la entidad territorial cuenta con la estructura y el recurso humano y tecnológico necesario y competente para lograrlo. Además, existe un conflicto de intereses entre entidades territoriales e institucionales de prestación de servicios que dependen de esta y ejecutan la política.

El octavo punto es con relación al control social, que debe ser la mano derecha del gobierno en el impacto de la política. Se tienen tres etapas. Una inicial, que es el contacto directo con el usuario y su posibilidad de reclamo o queja. Segunda, la capacitación en deberes y derechos para saber cuándo se hace necesario pasar a instancias como la tutela por la afectación de derechos vitales de la salud. La tercera, a través de mediciones del nivel de satisfacción de los usuarios.

El sistema de información compuesto por datos flujos, tiempos y responsables, así como su consoli-

dación y análisis, son los que permiten que un sistema esté debidamente controlado dentro de unos parámetros y estándares previamente definidos. Si el sistema no recolecta los datos, si no los consolida, porque muchas veces los recolecta y se quedan en cajas, y si no medimos los resultantes de esos datos bajo unos criterios válidos, confiables y útiles, es fácil entrar en situaciones que se salgan de los parámetros o estándares definidos por parte de los actores. Este concepto de variación genera los defectos y los incumplimientos de las responsabilidades del sistema. Si se quiere tener un sistema de inspección, vigilancia y control se debieran medir a las instituciones participantes del sistema general de seguridad social en términos del cumplimiento de unos estándares y responsabilidades establecidas, acortando cada vez más los límites de especificación, que serían los límites en los cuales se pudieran acortar estas diferencias y solamente se priorizaran la vigilancia y control en aquellas instituciones que se salgan de los parámetros establecidos para el cumplimiento de la norma. Si se reconoce ese rango de variación de las instituciones en cumplimiento de sus funciones y responsabilidades, se puede tener la certeza de sus resultados en términos de las responsabilidades que deben desarrollar cada uno de los actores en términos del ciclo de la atención. En la actualidad no se sabe cuánto se hace y cómo se hacen las acciones de promoción y prevención de la salud, o las acciones de atención y rehabilitación por la simple ausencia de datos y mediciones. Sin información, sin medición no se pueden conocer las condiciones en que opera el sistema general de seguridad social en salud.

Cada una de las metas planteadas en el documento Visión 2019 deben ser objeto de un monitoreo, con seguimiento a las acciones identificadas como necesarias para poderlas alcanzar y su rango de variación de resultados esperados, análisis de causas, incumplimientos y toma de acciones. En este punto se unen entonces el sistema de información, manejo de datos, flujos y responsables con el sistema de vigilancia y control.

En el sistema de vigilancia y control se necesitan datos responsables por su validez, para que todo lo que se mida sea lo realmente necesario, para vigi-

lar lo que se quiere, que cumplan con la característica de fiabilidad para que siempre sean recogidos, consolidados e interpretados de la misma manera. Esto incluye, en primera línea, la entidad que genera el dato y que sepa que está midiendo una capacidad resolutive, para verificar esas condiciones de incumplimiento de los vigilados para poder tener reacción hacia ellos. Es realmente importante esa función de la Superintendencia de vigilar, con capacidad de responder a unos datos, unos indicadores previamente establecidos. Cuando la retroalimentación que emite la superintendencia y todo el sistema de gestión, vigilancia y control se hace de una manera oportuna, técnica y efectiva le permite a los vigilados tener la certeza y confianza en el sistema de control.

El resultado son instituciones operativizando una política pública, comprometidos con el cumplimiento de unos procesos internos basados en estándares, con una cultura de la medición, tanto interna, lo que se denomina autocontrol, como a nivel de sistema y de gestión para el mejoramiento de las propias condiciones en que se está trabajando. Consecuencia de ello, de sentirse controlado y vigilado de manera efectiva y medida públicamente,

entendiéndose medido en el buen sentido, genera una cultura interna en una organización, lo que es importante y generadora de una calidad organizacional. Estas condiciones serían percibidas por los usuarios, tanto en las aseguradoras como en sus prestadoras, como en cualquier otro actor. La retroalimentación en términos tanto de incentivos como de sanciones, serían expedidas a cualquier actor que incumpliera con estos estándares establecidos, independiente de su naturaleza, así sea gubernamental o no pública, privada o solidaria. El usuario, entonces, podrá gozar de una seguridad, de tranquilidad, reconociendo en las organizaciones que hacen parte del sistema a sus aliados y defensores de sus condiciones de vida. El usuario así percibirá calidad. Esto lleva a concebir un sistema de inspección vigilancia y control apoyado en datos, en el usuario, de la mano con los actores. La consecuencia inicial y natural de esto es que realmente se pueda tener un sistema general de seguridad social con énfasis en procesos, en resultados y con calidad evidenciada por un usuario, y con la tranquilidad de que el dinero público se está invirtiendo realmente en el mejoramiento de las condiciones de vida de la ciudadanía.

Factores críticos en recursos humanos

CAMILO PRIETO

Esta sección discute los factores críticos que contribuyen al cumplimiento de la meta de cobertura universal. Para esta discusión se cuenta con la contribución de la Asociación Colombiana de Estudiantes de Medicina, Gestarsalud y del Senado de la República.

Para poder discutir estos factores, es necesario primero establecer unos puntos de arranque. Primero, la educación y los profesionales de la salud en Colombia hacen parte de mercados que carecen de un control social adecuado. Segundo, la razón de ser del sistema de salud son los pacientes y no los intereses de los diferentes actores. Tercero, muchas de las amenazas que se perciben por los diferentes actores pueden ser elementos y herramientas para diseñar un nuevo modelo. Y cuarto, la universalidad no puede existir a medias.

Desde el punto de vista del mercado de la educación se han identificado algunos factores de riesgo que son barreras de acceso para que esa universalización se genere. Primero, en lo referente a la redistribución del talento humano, en los diferentes contextos territoriales la concentración de profesionales es heterogénea: mientras en la capital de la República hay muchos profesionales, en regiones apartadas o departamentos con condiciones socioeconómicas menos favorables no existen disponibles algunas especialidades. Se requiere un control sobre esa oferta de profesionales, así como incentivos hacia el desarrollo de programas en el área de salud en las diferentes regiones del territorio nacional. De otro lado, es necesario intervenir la

distribución del recurso humano. Se deben generar incentivos para que los profesionales generales y especializados hagan presencia en las diferentes regiones del país y poder así impactar las tasas de morbilidad y mortalidad. Los Ministerios de Educación y de la Protección Social, en acuerdo con el Congreso de la República deben establecer las condiciones de redistribución del talento humano, así como las que se tienen en otros sistemas de salud de países desarrollados.

En Colombia hay 50 mil estudiantes de medicina, 350 mil estudiantes en el sector salud; en el 2008, según el estudio del Ministerio de la Protección Social, existirá el doble de médicos. Esto podría ser una amenaza para estos profesionales o una oportunidad para que los diferentes espacios del territorio nacional cuenten con recurso humano calificado para responder las necesidades de salud de su población y así cumplir con la misión social de estas profesiones. Este tema es necesario colocarlo en la agenda pública, liderado por las universidades como parte de su función social al impartir la educación de los profesionales.

En cuanto a la razón de ser del sistema de salud, el sistema de contratación no puede ser un modelador de los requerimientos de eventos de un paciente. Existe en la actualidad un trato diferencial al momento de definir qué tipo de atención requiere el paciente debido a la forma como se encuentre concertado el mecanismo de pago entre la institución prestadora y el pagador. Este es un elemento que atenta contra la atención de salud de las personas,

que debe ser la finalidad del sistema de salud. Este mecanismo también tiene efecto sobre la formación de los estudiantes porque les genera una cultura de atención y segmentación de los pacientes.

Otro punto importante son los vacíos jurídicos existentes con respecto a los residentes. Estos son médicos que están haciendo posgrados, mayores de 25 años. Existen algunos decretos que les impiden trabajar pero, adicionalmente, se les exige dedicación exclusiva. El Decreto 190 de 1996, que habla sobre esos convenios docentes asistenciales, dice que entre las universidades y las instituciones de salud deberán garantizar tanto la seguridad social como la afiliación a riesgos profesionales de estos profesionales. La asociación de estudiantes de medicina hizo un estudio en el año 2004, donde se encontró que el 43% de los estudiantes está afiliado al sistema, de este porcentaje, el 70% lo hace como cotizante. Sin embargo, hay un decreto que les prohíbe trabajar, entonces existe una contradicción en la normatividad. De igual manera, hay un vacío en esa norma porque no dice quién exactamente tiene que asumir esa responsabilidad y las universi-

dades los afilian a riesgos profesionales, pero el asunto es cómo se puede hacer una afiliación a riesgos profesionales sino se es trabajador.

Existe un grupo de propuestas que pueden contribuir a la solución de los problemas planteados. Primero, es indispensable que se ejerza un control social sobre el mercado de la educación, un control social sobre el mercado de la educación para poder fomentar la universalización. Segundo, una adecuada formación del talento humano para poder mejorar esa oferta. Tercero, es clave la participación y el compromiso social de las entidades educativas. Y cuarto, los estudiantes y los residentes del sector salud están convencidos de que el sistema no debe apuntar hacia un enfoque curativo, sino hacia la promoción y la prevención, porque pueden liberarse recursos para aumentar la cobertura de la población colombiana. Para buscar la universalización, en el concepto del profesor Gis Deles, se debe buscar una política generativa, política de la vida, una política que busque ser preventiva y que le brinde los instrumentos necesarios al ciudadano para que en algún momento alcance el bienestar.

Factores críticos para lograr la cobertura universal del aseguramiento

CONRADO GÓMEZ

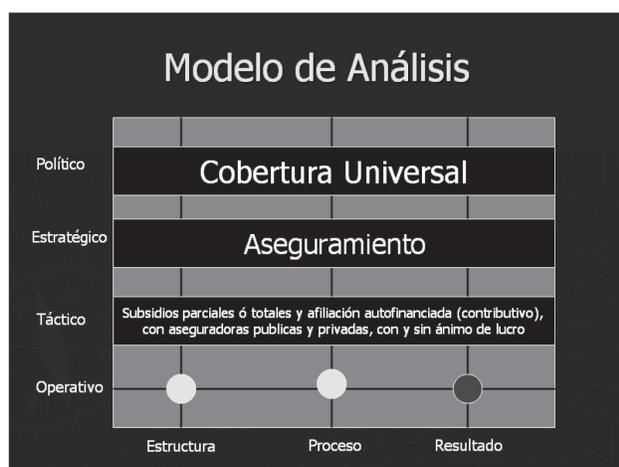
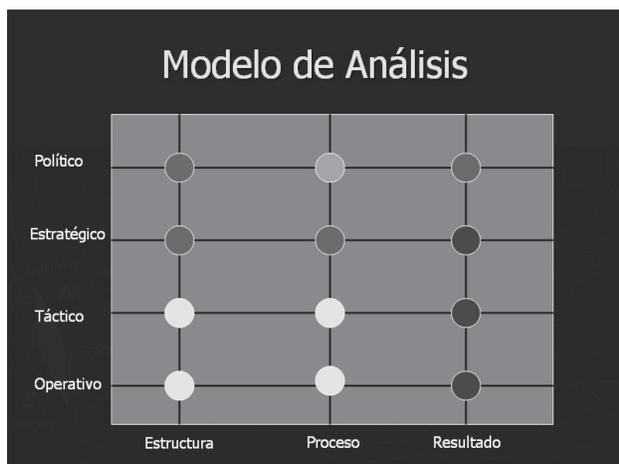
Los factores asociados a la cobertura universal son muy difíciles y controversiales. Y porque es un problema controversial y un problema polémico, primero que todo, por qué no hay una definición unánime, completamente acertada de lo que es cobertura. Se tienen unos elementos claros de que cobertura no es únicamente dar un carné o únicamente un aseguramiento, sino que es garantizar unos servicios. Pero, fuera de eso, es plenamente conocido hace muchos años que todos los servicios de salud que se prestan no necesariamente conducen a buenos resultados ni mejoran el bienestar. Cuando se hable de cobertura hay que asegurarse que se hace referencia a los servicios que sí contribuyen al bienestar y a la mejoría de la salud. No hacerlo implica que los dineros o los recursos que se gastan en cosas que no contribuyen, y de esta manera se atenta contra la eficiencia y con la posibilidad misma de universalizar los servicios. Pero también hay diferencias sobre la manera de medir la universalidad de servicios. Se hizo una medición antes de la Ley 100 con consulta de primera vez y eso tenía una serie de consecuencias. Luego se midió con personas con carné y eso también tiene una serie de consecuencias, ya que se sabe que todos los carnés no son lo mismo y que tener una afiliación no necesariamente implica estar protegido por el sistema de seguridad social. Asimismo, se sabe que hay una serie de protecciones muy diferentes dependiendo si la persona está en el régimen contributivo y, por ende, probablemente tenga beneficios en cuanto a protección laboral y si tiene o no prestaciones económicas.

Para que se pueda hacer un análisis ordenado, ya que el tema es muy amplio, y orientarse hacia los

aspectos claves, se puede utilizar un modelo de análisis que permite evaluar un programa, una propuesta de salud, considerando varios niveles: el político, el estratégico, el táctico y el operativo. Es decir, al tiempo que se evalúan estos cuatro niveles, se puede evaluar si la estructura con que se cuenta está bien, cómo se están haciendo los procesos y cómo se están obteniendo los resultados. Todo esto es muy importante, porque se puede tener una estructura bien definida, pero los resultados pueden no ser los adecuados, debido a que los procesos estaban mal diseñados. Se puede contar con una política bien formulada, pero la estrategia utilizada es una estrategia equivocada, debido a la manera como se diseñó la estructura o a la manera como se desarrollan los procesos o en los resultados que se consiguen.

La amplitud del tema sólo permite hacer referencia a algunos de estos aspectos, de los que se han desarrollado análisis metódicos con el fin de hacer propuestas legislativas. Para discutir el tema de cobertura desde el nivel político la primera pregunta es la referente a cuál es la política en cobertura universal. Ésta tiene una primera definición en la Constitución y es en la actualidad una política tanto del Congreso y como del Gobierno. La mayoría de los congresistas, incluso los de la oposición, tienen todos, así como todos los colombianos en general, una vocación y un deseo de que todos estén protegidos y que tengan acceso a los servicios de salud. La estrategia adoptada por el país es la de aseguramiento, pero su interpretación permite encontrar una serie de consecuencias y de limitaciones que son propias a la estrategia. La táctica es la de hacer de todo, abrir bocas por todas partes: tener régimen contributivo, subsidiado, total y parcial, y personas

Gráfica 66. Modelos de análisis



vinculadas atendidas en los hospitales. Para lo anterior se utilizan compañías, que pueden ser privadas o públicas, con o sin ánimo de lucro. Eso genera una buena alternativa, pero genera un problema de fragmentación, así como una serie de polémicas en torno a si son buenas o no las aseguradoras públicas o privadas, o si son mejores las que tienen o no ánimo de lucro.

Las discusiones en torno al tema son muy largas. Varias propuestas legislativas, por ejemplo, han estado a favor del aseguramiento, pero giran en torno a si gustan o no las aseguradoras privadas, o a si deben tener o no ánimo de lucro. Se dan planteamientos sobre la necesidad de contar con apenas una aseguradora, como se da en Costa Rica con la Caja Nacional del Seguro, y a por qué los costarri-

censes decidieron no querer una aseguradora privada sino una pública. Esto, por supuesto, tiene una serie de consecuencias y trae una serie de discusiones.

Se tendría que mirar en cada uno de los niveles mencionados cómo eso se va desarrollando. En el caso del nivel político, donde se tiene la voluntad del gobierno y del Congreso de la República, en este momento hay una decisión casi unánime y muy fuerte de poder brindarle a los colombianos cobertura universal. Sin embargo, es probable que la población no participe de esa misma decisión, por que la gente quiere tener el servicio, pero no lo quiere pagar. Se quiere contar con el servicio, pero a la hora de solicitar los aportes se duda si se quiere en esas condiciones, pues la pregunta que surge es cuánto se va a cobrar. El asunto es sino se incrementan los recursos no se puede brindar cobertura universal y no se puede desarrollar el sistema completamente. Se debe dar un debate político en el que se tome la decisión de sacrificar recursos de algún lado para dedicárselos a salud, ya que se considera que es importante o simplemente no se hace.

En el mismo sentido, los gremios del sector de la salud tienen la inclinación, pero tienen sus dudas. El recurso humano que trabaja en el sector no tiene tampoco mucha claridad sobre el tema, porque sabe que el sector, sobre todo su recurso humano, no ha sido bien tratado. En muchos casos sospecha y duda por que sabe que puede no ser bueno. El sector empresarial, por supuesto, cuando le dicen que es necesario aumentar los aportes muestra su desacuerdo.

En cuanto a la estrategia adoptada en Colombia, la de aseguramiento, desarrollada a través de la Ley 100, presenta unas particularidades propias del país al compararse con la misma estrategia adoptada en otros países. Se ha demostrado a nivel mundial, y también en Colombia, que es la mejor manera para que la gente tenga acceso a los servicios. Hay quienes lo quieren poner en duda. Técnicamente no hay ninguna duda. Pero, si se quiere brindar un aseguramiento y no se cuenta con red de servicios es probable que no funcione. Pero, de

manera general, el aseguramiento es la mejor estrategia entre otras razones porque se puede garantizar continuidad en los servicios, porque el asegurador puede verificar los factores de calidad en la prestación que el afiliado simplemente no conoce, ni si quiera se imagina. Pero, obviamente los colombianos, por condiciones particulares, plantean dudas acerca de si ese aseguramiento está garantizando o no los servicios básicos que son los que generan buenos resultados, ya que hay unos servicios que generan buenos resultados en cuanto a que mejoran la esperanza y la calidad de vida y hay otros que simplemente es botar el dinero.

Ese aseguramiento exige una serie de cosas: que haya financiación suficiente, sostenibilidad a largo plazo y que haya evaluación por resultado. Esto es supremamente importante y de eso en Colombia se habla muy poco. Es importante insistir en que si no se evalúa lo que se está haciendo, no se sabe si lo que está prestando está dando buen resultado y si se está garantizando la cobertura y la atención de acuerdo con las necesidades de las personas.

Hay otros elementos que son importantes para el aseguramiento, como el equilibrio de los actores. A partir de información del Ministerio de la Protección Social sobre la condición de cobertura, se llegó a la conclusión de que se requiere darle subsidio a ocho millones de personas. La información tiene unos problemas cuando uno lo compara con los

datos del censo, problemas muy de fondo. En Colombia hay una gran polémica entre varios entes de investigación y el DNP sobre los niveles de pobreza. Si nosotros somos 41 millones y son ocho millones los pobres, es importante considerar un debate más serio acerca de la pobreza, pues se constituye en un problema más grave de lo que parece.

Si se acepta que el SISBEN es una buena encuesta porque reúne una serie de condiciones, entonces esa es una pregunta importante que habría que discutirse. Además, se sabe que el SISBEN no se le aplica a todas las familias, sino que se hace primero un plan y no se visitan todos los barrios. De acuerdo con proyecciones del DNP, actualmente se tendrían un millón cien de personas de estrato 3 para subsidios, pero esa población puede crecer hasta siete millones. Eso es muy importante tenerlo en cuenta, porque el día que se visiten todas las casas va a aparecer mucha gente estrato 3 y no son tan pocos como se informa. No se sabe cuántos son porque no se ha hecho el censo. El Ministerio de Hacienda y el DNP tienen unas proyecciones consideradas de buena calidad, dada la experiencia que tienen esas entidades en el tema.

Hay una propuesta de proyecto de ley para ampliar la cobertura y reformar la Ley 100, en la que básicamente se está proponiendo que haya unos recursos adicionales. Se tendría una situación sin proyecto y una situación con proyecto, en donde

Gráfica 67. Población sisbenizada

Colombia, población sisbenizada según nivel, población afiliada y población sin afiliar, marzo 30 de 2006

NIVELES SISBEN	POBLACION SISBENIZADA (1)	INDIGENAS	TOTAL POBLACION	AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO (2)	AFILIADOS CONTRIBUTIVO (3)	POBLACION SIN AFILIAR
SISBEN NIVEL 1 Y 2	26.338.060	714.474,00	27.052.534	16.494.533	3.222.511	7.335.490
SISBEN NIVEL 3 Identificado	4.813.210		4.813.210	2.097.748	1.534.758	1.180.704
TOTAL	31.151.270	714.474	31.865.744	18.592.281	4.757.269	8.516.194

Fuentes: (1) DNP. Base de datos enviada, con corte al 30 de marzo de 2006

(2) Ministerio de la Protección Social. Base de datos de los contratos del régimen subsidiado, con corte a 30 de marzo de 2006

(3) Ministerio de la Protección Social, Resultado del cruce de la base de datos de afiliados al régimen contributivo con base de datos del SISBEN, junio 22 de 2006

básicamente se estaría incrementando en un billón y medio de pesos a partir de un punto adicional de la cotización para salud. Esta cuestión ha generado una discusión muy grande, ya que si ese punto es un impuesto al empleo, entonces hay que poner más plata si se quiere cobertura universal. Hay otra alternativa de financiación donde se propone que sea con participaciones. Lo importante en todo caso es que sin recursos frescos no es posible lograr la cobertura universal, en los términos previstos de régimen contributivo y régimen subsidiado.

Si se tienen siete millones de personas estrato 1 y 2 para lo que se requiere 1.6 billones, además de 1 billón 180 millones para subsidios nuevos de SISBEN. Pero esto puede subir en cinco millones el número de personas. También el proyecto de ley está planteando algo muy interesante en lo relativo al des-acuerdo con los subsidios parciales, en cuanto que sería mejor ampliarlos y no solamente brindar alto costo, y dar unos contenidos importantes de atención básica. Esto ampliaría por lo menos a la mitad de lo que es el POS subsidiado actualmente, lo cual exigiría 82 mil millones y la ampliación de la cobertura sería de 95 mil millones. Esto requeriría aproximadamente unos 1.85 billones de pesos para brindar la cobertura universal.

Según información del Ministerio de la Protección Social el valor del esfuerzo propio de los departamentos es de 267 mil millones. De todos modos se ha incrementado este año y se puede esperar que por deficiencia de los departamentos y las entidades territoriales, ya hoy sea posible disponer por lo menos de 200 mil millones más adicionales al billón y medio, cantidad que se podría hacer con los recursos frescos de un punto adicional. O sea que, en términos financieros, la cobertura universal con los planes como hoy se conocen es viable y está al alcance de la mano en muy pocos años. No solamente los parlamentarios se reunieron porque en esta oportunidad se toman una serie de decisiones diferentes frente al proyecto de ley y una de ellas es sentarse a hablar con Hacienda quien ha dado el aval completo a estos escenarios y a esta propuesta que es una situación completamente diferente a la situación de reforma anterior.

Otro elemento que hace que con respecto a la reforma anterior se dé una diferencia muy importante, es que en la reforma anterior no se planteaban recursos frescos. Cuando esto es así, se empieza a ver a qué sector se le quita, lo que hace que se ataque la propuesta. El hecho de que haya recursos frescos puede generar una estrategia de coopera-

Gráfica 68. Financiación de la cobertura

	SIN PROYECTO		CON PROYECTO	
	2007	2.007	2.010	
Punto de Cotización RC	868.784	868.784	970.211	
Aporte del PPN (Deuda) 94-96	100.000	100.000	100.000	
Aporte del PPN (Deuda Paripassu)	286.699	286.699	349.276	
Cajas	81.904	81.904	90.806	
Rendimientos y Otros	151.540	151.540	4.862	
Excedentes Fosyga	351.419	351.419	-	
Esfuerzo Territorial actual	371.813	371.813	418.230	
SGP	2.139.363	2.139.363	2.805.007	
Cajas Propios	57.256	57.256	58.024	
Punto de Cotización Adicional	-	868.784	970.211	
FONED	-	74.720	83.444	
Sistema General de Participaciones Transformación	-	543.632	619.474	
Total	4.410.786	5.897.922	6.471.554	
	DIFERENCIA	1.487.136		

Gráfica 69. Esfuerzo propio y eficiencia

HISTORICO FUENTES DE FINANCIACION EN MILLONES DE PESOS					
FUENTE	2004	2005	% VARIACION	2006	% VARIACION
FOSYGA	843,624	1,028,260	22%	1,438,905	40%
SGP	1,541,516	1,766,293	15%	1,872,339	6%
ESFUERZO PROPIO	169,753	287,991	70%	560,515	95%
CAJAS	45,393	50,572	11%	53,505	6%
F. CAFETEROS	1,582	3,625	129%	5,972	65%
TOTAL	2,601,868	3,136,742	21%	3,931,235	25%

Fuente: Ministerio de Protección Social, 2006

ción entre todos los sectores frente a una causa común, en este caso la cobertura universal. Obviamente para los empleadores que tienen preguntas muy importantes sobre el tema, es clave la discusión con ellos y mirar cuáles son los costos y beneficios de esto, asuntos importantes también para el sector empresarial.

Hay otra cosa muy importante. Está completamente demostrado en Colombia, y en muchos países, que la gente que está enferma se afilia a la seguridad social porque está enferma, por supuesto. El asunto es que, si se tienen ahora varios millones de colombianos que no están asegurados, muy probablemente la siniestralidad sea menor; a medida que el número de afiliados sea mayor, para cada compañía los costos fijos son más o menos parecidos, pero si tienen mayor número de afiliados mayores ingresos. Es decir, se puede revisar el tema de POS en un escenario de cobertura universal con unos supuestos diferentes, lo cual hace que esta propuesta de cobertura universal sea mucho más viable, incluso con estas cifras, que de entrada son cifras pesimistas porque no consideran todo ese tipo de cosas.

Hay una serie de problemas, una serie de asuntos sobre la estrategia de aseguramiento, relacionados

con el tema financiero, entre ellos el de la sostenibilidad del sistema a largo plazo, amenazada seriamente por varios factores. Uno de ellos es lo referente a las tutelas, amenaza directa y real contra el sistema de seguridad social. Con la posibilidad de que todos los colombianos tengan derecho a un seguro y donde se triunfa porque simplemente se puede conseguir un abogado, o porque vive más cerca es la persona que al fin y acabo está en mejores condiciones socioeconómicas.

Hay otro problema relacionado con la transición epidemiológica y demográfica. El documento del DNP es supremamente pobre en la proyección del 2019 en este sentido, ya que ni si quiera lo mencionan. Hoy el perfil epidemiológico colombiano está dominado por las enfermedades crónicas y degenerativas. En el 2019 será mucho más y de eso no debe haber la menor duda. No se puede proyectar un escenario así, sin tener en cuenta ese asunto de las enfermedades crónicas y hay necesidad de empezar a revisar el tema si se tiene que empezar a hacer reservas, como se hacen en las ARP en riesgos profesionales, para las enfermedades crónicas futuras que es una cuestión que el Ministerio de la Protección Social lo está estudiando y tiene iniciativas al respecto.

El otro problema es el equilibrio de los actores. En este caso, es un problema importante porque de nada nos vale tener aseguramiento, si no se tiene una red de prestadores donde es requerida. Se tendría un aseguramiento de papel en muchas partes, situación que ya ocurre. El Viceministro de la Protección Social lo mencionaba en una conferencia. En muchas partes la gente está afiliada al régimen contributivo o al régimen subsidiado pero no hay la red de servicios. La gente hace el deber de afiliarse, pero no tiene los servicios. Eso mismo aplica con el tema de la integración vertical. Sobre la táctica es muy importante cuando se clasifica cosa por cosa, por que desde el punto de vista del Congreso hay muchas cosas que no le competen, pero es importante mirar hasta dónde va la ley y hasta dónde hay que también decir en qué momento la táctica puede estar fallando.

La táctica en los últimos años ha sido la de subsidio. Realmente el régimen contributivo ha crecido de manera modesta en comparación con el régimen subsidiado, situación lógica porque Colombia tiene una estructura de riqueza y pobreza que hace que se deba crecer en el tema de régimen subsidiado y no debe dar temor el reconocerlo. Lo que no se puede hacer es dejar de subsidiar a quien lo necesita y mirar de qué manera el régimen contributivo es posible potenciarlo y fortalecer y hacer que la gente cofinancie o autofinancie parte de sus prestaciones.

La táctica también ha sido la de dar dos millones de subsidios parciales y sobre ese tema hay una gran cantidad de interrogantes. Si hay una protección en alto costo y una facilitación a los servicios de más baja complejidad, pero a medida que las personas los paguen y los demanden y no a medida que sea necesario asegurar. Que esas personas no estén haciendo enfermedades crónicas y haciendo un desarrollo futuro para el sistema, generando un gran problema de salud que es el de estar confiado porque se está cubierto. No importa si se enferma de algo que se puede prevenir, pues no hay problema porque está asegurado. Entonces esa táctica hay que revisarla y hay maneras de solucionarlo de manera muy sencilla. Yo creo que se está siendo demasiado categóricos en decir que todos quieren

ir hacia el régimen contributivo y que el régimen contributivo es lo que todos los colombianos necesitan. Por lo menos se debe hacer la pregunta de si es el régimen contributivo todo lo que la gente quiere. Hay mucha gente que no quiere el régimen contributivo y hay razones de peso: de acceso, de calidad, porque no es lo que necesita, ahí no encuentra lo que necesita. Las necesidades de una persona no están definidas simplemente en una lista de servicios médicos. La necesidad de una persona está definida por su sitio de residencia, por cuánto puede pagar, por las posibilidades de hablar y tener acceso real a la información. Entonces, la pregunta que hay que hacer es qué cosas hace bien el régimen contributivo y qué cosas hace bien el régimen subsidiado, qué no hace el régimen contrario y si eso es lo que se quiere hacer.

Hay varios interrogantes que quedan al examinar los puntos que se han tratado. Uno tiene que ver con la cobertura universal y el cuestionamiento es acerca de qué realmente se está hablando. En cuanto al POS contributivo, hay aparentemente un consenso en torno a que es algo establecido que debe continuar y que en algún momento las personas del régimen subsidiado pasen a él. También surgen interrogantes en torno a las condiciones de acceso y de uso real, acerca del plan de beneficios y si es lo que realmente se requiere y si lo que se necesita está todo incluido en él. No hay claridad acerca de cómo se accede a sus beneficios, ni tampoco de qué manera.

Otros aspectos que requieren decisiones claras tienen que ver con la operación, en especial lo referente a hospitales públicos. Sobre ellos la decisión no puede ser eliminarlos o privatizarlos, hay que buscar la mejor decisión para ellos, considerando que en muchas partes es la única alternativa con que se cuenta. Es necesario definir qué hacer con los que no funcionan bien, pues se debe considerar que las personas aseguradas tienen que acudir a ellos. La solución a tales interrogantes no es inmediata, pero se puede programar una agenda de soluciones.

En cuanto a la estructura, es necesario plantear un verdadero aseguramiento que no sea únicamente

una intermediación, con mucha claridad para que las personas lo perciban de manera diáfana. La estandarización en este sentido es fundamental. En cuanto a la validación, identificación y comprobación de derechos se encuentran aún muchos vacíos y se ha hecho evidente en el caso de Bogotá.

La investigación jugaría un papel fundamental en la búsqueda de respuestas a los diversos interrogantes. Sobre el plan de beneficios, por ejemplo, sería interesante conocer acerca de cómo hacer un plan de beneficios que responda realmente a las necesidades de los colombianos. Con su actualización se evitarían muchas de las dificultades que se han presentado debido a tutelas, malos resultados y el descontento de la gente con lo que reciben.

Es indispensable mirar a Colombia como un país de una gran variedad cultural y física, país en donde lo planteado en el POS responda a esa variedad. ¿Se debe considerar el POS como algo estático, que no cambia? O más bien ¿se debe revisar periódicamente? Es clave reconocer que esto es algo que debe tener una dinámica que aún el país no tiene y buscarle viabilidad a este cambio, con el fin de darle respuestas específicas a las necesidades de la población.

En cuanto al tema empresarial, hace unos quince años se dio una discusión en torno a si las pensiones y la salud debían quedar en manos de grandes gremios económicos, o si se debía contar con pensiones y salud en manos de la comunidad, como ha sido el caso de las empresas solidarias. Por esa misma época hubo algunos problemas que llevaron a la quiebra de algunas cooperativas de ahorro, crédito y vivienda, lo que originó un gran desprestigio en torno al sector cooperativo, lo que llevó a que el sector solidario también recibiera fuertes ataques, lo que hizo que no pudiera participar en el tema de las pensiones. En la actualidad se tiene que en la bolsa de pensiones se presentó una pérdida de 2,3 billones de pesos, lo que llevó a que muchas personas, al recibir sus extractos, no estuviera muy contenta con la situación. De la misma manera como el sector solidario ha recibido muchos ataques, acerca de esos grandes gremios económicos es clave interrogarse sobre si su naturaleza jurídica es buena o no, y además cómo se hace para que estas empresas presten un buen aseguramiento. En esto se tiene que dar una gran discusión, pues tales empresas han representado un papel muy importante como representantes de un aseguramiento que no es democratizado económicamente en el país.