

9

Consideraciones

frente al

aseguramiento

Universalización del sistema, posibilidades y efectos esperados

AUGUSTO GALÁN

El presente artículo realiza una introducción al capítulo referente a la universalización del Sistema de Seguridad Social en Salud, sus posibilidades y efectos esperados, de tal manera que evita el análisis específico sobre los subsidios parciales, los planes de beneficio, la equiparación de los mismos o los retos del financiamiento, temas que serán abordados en las siguientes intervenciones.

Cualquier análisis objetivo sobre la materia requiere de los antecedentes para comprender mejor la situación actual, al compararla con la línea base desde la cual se partió.

Es importante que esta introducción realice una corta exposición sobre los resultados que se han obtenido en los últimos 12 años en el país en materia de seguridad social en salud. De manera especial en los últimos 10 años de implantación de la Ley 100; ya que como es sabido para quienes trabajan el día a día del régimen subsidiado, este último en realidad inició su operación en enero de 1996, prácticamente 2 años después de aprobada y firmada la reforma de 1993. Así, los resultados obtenidos se han realizado en los últimos 10 años de implantación del modelo.

Al revisar las cifras sobre gasto total en salud se evidencia que en el año 1992 el 57% del mismo era gasto privado, gasto de bolsillo; el más inequitativo en materia de salud para una sociedad. En el año 2003 la situación es inversa, el 80% del gasto total en salud corresponde a la sumatoria entre gasto público directo y gasto de seguridad social. En otras palabras gasto público solidario.

Menos del 20% del gasto total en salud corresponde a gasto privado.

Contrario a lo que ha sido dicho por algunos contradictores de la reforma, la evolución en el comportamiento del gasto en salud en el país evidencia la desprivatización de la salud en Colombia. La drástica disminución del gasto de bolsillo, es un logro social muy significativo, el cual reduce la inequidad que existía en el sistema nacional de salud.

Adicional a ello, el 80% de la población afiliada al SGSSS, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, se halla en instituciones o empresas que no reparten excedentes ni utilidades. En otras palabras, entidades sin ánimo de lucro. Las anteriores son evidencias de que la Ley 100 de 1993 desprivatizó la salud y socializó el ejercicio de la medicina en Colombia. El financiamiento del modelo y las características de la operación, demuestran la condición pública del sistema de seguridad social en salud colombiano.

En cuanto a la focalización de subsidios de salud, cuando el país utilizaba los subsidios a la oferta directamente a los hospitales, el 58% del total de los mismos llegaba a los quintiles de ingreso más altos; los quintiles 3, 4 y 5. Mientras tanto, el quintil 1 (el de la población más pobre) recibía tan sólo el 20% de los subsidios para salud. Esa situación se ha invertido; en un estudio de Planeación Nacional publicado el año pasado sobre focalización de subsidios, lo que se evidencia es que en la actualidad el quintil 1, por vía del subsidio a la demanda, recibe el 41% del total de los subsidios, y entre los 3

primeros quintiles (del 1 al 3) se focaliza algo más del 80% del total de subsidios en salud para la población más necesitada.

Para el caso de los subsidios a la oferta que el país todavía ejecuta, se demuestran ineficiencias. Algo más del 22% del total de subsidios en salud dirigidos a las instituciones, le está llegando a los quintiles 4 y 5, mientras que por vía de la demanda esa cifra es del 11%. Debería ser cero es cierto, pero es mucho menor que la mala focalización de los subsidios a la oferta. Ahora bien, este punto sugiere que en el tema de identificación de beneficiarios, de aplicación de la encuesta SISBEN, se deben estar cometiendo errores, ya que las poblaciones de estos dos quintiles, los más pudientes, no deberían estar siendo subsidiados con recursos de salud.

En cuanto al tema de la cobertura, es evidente cómo se ha ampliado aceleradamente a lo largo de los últimos doce años. Como es sabido la seguridad social en salud en Colombia nació en 1947-1948 cuando se constituyeron el Seguro Social y las Cajas de Previsión Social. Todas ellas, hasta 1992, o sea 46 años de la historia de la seguridad social en Colombia, lograron alcanzar alrededor del 20% de la población cubierta. El ISS podría tener algo más de 16 de los 20 puntos porcentuales de la población que estaba afiliada, sin cobertura familiar en la inmensa mayoría del territorio colombiano, sobre todo en donde estaba el grueso de la población afiliada al Seguro Social, Bogotá, Cundinamarca, Antioquia. La cobertura familiar era en la periferia del país, en los departamento más pequeños.

Eso ha cambiado dramáticamente. Hoy la cobertura bordea el 80% de acuerdo a las cifras que ha hecho públicas el Ministerio de la Protección Social. Ahora bien, estas cifras contabilizan los subsidios parciales o los planes parciales de beneficios dirigidos a la población de Sisben 3, pero aún descontándola estamos cerca del 80% de la cobertura en el país.

En 10 años ese es un salto muy significativo. Se ha cuadruplicado la cobertura, con las críticas que se le hacen al sistema. Es claro que faltan mejorar mucho más en términos de acceso, en términos de

calidad, pero el acceso también ha mejorado y otros factores. Además se debe destacar que esa ampliación de la cobertura se ha hecho en forma manifiesta en las poblaciones más desprotegidas; en los quintiles 1 y 2 de la población y en la zona rural. Lo cual se correlaciona directamente con el mejoramiento en la focalización de subsidios que se relaciona en párrafos anteriores.

Antes de 1993, tan sólo el 9% del quintil 1 tenía cobertura en seguridad social en salud; hoy este quintil bordea el 60%. En la zona rural ocurría y ocurre algo semejante; antes era del orden del 7% hoy pasa del 50% la cobertura en salud en la zona rural. La reforma en salud ha permitido que el sistema le llegue a las poblaciones más pobres.

A pesar de la percepción que se encuentra en algunos medios de comunicación así como en unos sectores sociales, la realidad que arrojan estudios de la Defensoría del Pueblo basados en encuestas demuestran en las dos evaluaciones una satisfacción marcada de la población en relación al sistema, con cifras generales de agrado que sobrepasa el 80%. Existen, y se deben señalar, cuestionamientos por parte de los ciudadanos a la libre escogencia, así como a los asuntos relativos a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Esos problemas y dificultades no se pueden ocultar. A pesar de ello se debe resaltar que, de manera general, la población colombiana se siente satisfecha con el sistema y con lo que ha obtenido como logro social a través del mismo.

Vale la pena señalar que la utilización de encuestas de percepción no es la herramienta más objetiva para evaluar el sistema de salud. Se debe insistir en la necesidad de apreciaciones mucho más neutrales que utilicen indicadores de gestión y sobre todo indicadores de impacto en salud. Existe una mora en desarrollarlos para que con ellos se califique a los diferentes actores del sistema.

Otro punto importante tiene relación con el uso más eficiente de unos recursos limitados ese es otro mensaje central que tiene que ver con la ampliación de cobertura, con la calidad que podamos proveer a los servicios.

Colombia tiene, si se divide la totalidad de los recursos financieros por el número de habitantes del país (que ahora disminuyó de acuerdo al último censo) algo más de 200 dólares por persona año para atender el plan de beneficios que el sistema debe proveerle a todos los ciudadanos. Corregidos por el PPP (poder adquisitivo al interior de cada Nación), Colombia tiene 550 dólares por persona año para salud. Esa cifra corresponde a la mitad de lo que posee Argentina para salud; es menos de lo que tiene Brasil que puede destinar algo más de 600 de dólares, igualmente Costa Rica, Uruguay, en general varios países de América Latina tienen más recursos financieros que Colombia. Con ellos hemos logrado alcanzar esas metas sociales hasta la etapa en que nos encontramos.

Ahora bien, se requieren ajustes al sistema que permitan en el más corto tiempo lograr la universalización de la cobertura en seguridad social en salud. El país se halla muy cerca de ese logro social tan importante. Para ello se requieren más recursos.

Se debe empezar por manejar con más eficiencia los que existen; por tanto es fundamental realizar un control muy estricto a la evasión y a la elusión de tal forma que se incrementen los recursos del sistema y se pueda ampliar cobertura en el régimen subsidiado. Los cálculos del Ministerio de la Protección Social, estiman en cerca de 2 billones de pesos anuales, los que se evaden o eluden en la actualidad. El control del 50% de este delito, permitiría la ampliación de la cobertura en más de 600 mil cupos en el régimen subsidiado de acuerdo a la misma entidad.

Las ineficiencias que todavía demuestra la asignación de subsidios por vía de la oferta, hace necesaria su revisión, de tal manera que se transforme a la demanda la mayoría de los subsidios de salud que en la actualidad se focalizan directamente a las instituciones. Una transformación del 65% de los subsidios que se ejecutan hoy por vía de la oferta, permitiría la ampliación de la cobertura en el régimen subsidiado en cerca de 4 millones de cupos; diez puntos porcentuales de cobertura.

Se hace imprescindible también recuperar los recursos del presupuesto nacional para ampliar cobertura en el régimen subsidiado, de manera gradual y sostenida y de conformidad con el mejoramiento de la situación fiscal del país. Se estima que con los recursos de la subcuenta de solidaridad que se hallan invertidos en TES, se podría ampliar la cobertura en 1 millón de cupos del régimen subsidiado, sostenible por siete años.

De igual manera, es necesario establecer la normatividad que reglamente los subsidios parciales a la cotización para que la población SISBEN 3 ingrese al régimen contributivo; ellos son trabajadores independientes como taxistas, tenderos ó loteros con sus respectivos núcleos familiares. La última encuesta calculó en algo más de 4 millones de personas, la población que se halla en ese nivel de SISBEN.

Pero el manejo eficiente de los recursos que existen no es suficiente para lograr la universalización, es esencial obtener recursos frescos para el sistema. Existen dos posibilidades en la modalidad de financiación que tiene el modelo colombiano: la primera; un incremento en la cotización con destinación específica a la solidaridad; la segunda, un aumento en el aporte del presupuesto nacional que podría ser recibido de dos puntos del IVA con destinación específica para salud.

La sumatoria de estas acciones le permitiría al sistema de salud colombiano recibir los recursos financieros para alcanzar la cobertura universal, quedando pendiente la equiparación de planes de beneficios para los dos regímenes.

Un último punto que es vital para cumplir con la universalidad y la equidad que exige el modelo, tiene que ver con solucionar la adecuada identificación de la población. Quienes trabajan el día a día de los dos regímenes conocen bien las dificultades que existen con las bases de datos.

Este es un asunto transversal para el sistema de la protección social. Afecta por igual a otros sectores diferentes al de salud. Las dificultades con las bases de datos y la identificación golpean a todos

los sectores sociales: en pensiones, en subsidio familiar, en vivienda. El problema afecta el interés social y la adecuada focalización de los subsidios que el Estado entrega.

Esta función termina siendo lesionada por esa mala identificación que tenemos los colombianos. Tan evidente es el problema y tan generalizado, que el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) calcula que 8.5 millones de niños en América Latina no tiene certificado ni registro de nacimiento. Eso les impide tener acceso a los servicios básicos y a los servicios sociales que provee el Estado. Al extrapolar la media latinoamericana al caso colombiano, alrededor de 700 mil menores de edad en Colombia no tienen registro civil de nacimiento. En Bolivia es del 25% de los menores, en el caso de Perú es el 8%. Pero además es conocido que derivado de una mala identificación, hay duplicidad y falsificación de cédulas de ciudadanía en el adulto.

Adicional a ello, existen muchas preocupaciones sobre cómo se ejecuta la encuesta SISBEN. Sus cifras no se correlacionan con las cifras de pobreza del DNP; mientras el SISBEN arroja un resultado de

26 millones de personas caracterizadas en los niveles 1 y 2, el DANE demuestra que por debajo de la línea de pobreza se encuentra el 49% de la población: 20,5 millones de compatriotas con base al último censo de 2005.

Las dificultades se amplían y tienen impacto adicional en la operación y en la estabilidad jurídica del SGSSS, cuando se realizan cambios de reglas de juego derivados de los problemas con las bases de datos, que el país no ha logrado solucionar y que se han hecho de público conocimiento.

Preocupa mucho la duplicidad de funciones y las limitaciones operativas con las que trabaja la Registraduría Nacional del Estado Civil, que terminan por afectar las bases de datos del Sistema de Protección Social. La doble condición de esta entidad, que identifica los colombianos, pero que además es el ente estatal que maneja y organiza los procesos electorales, no le hace bien al país. Parece muy conveniente que esas dos funciones se separen en sendas entidades estatales, de tal manera que la identificación corresponda a un oficio separado de los vaivenes electorales y políticos.

Equiparación de planes de beneficios, y modelo futuro de aseguramiento

MIGUEL UPRIMNY

En el documento 2019, el planteamiento de la equiparación de planes y el modelo futuro de aseguramiento no se precisa suficientemente y hay algunas de las anotaciones que hizo el grupo de trabajo que quiero exponer. Otros resultados del trabajo del mismo lo harán diferentes expositores.

El modelo que fue definido inicialmente por la Ley 100, si bien no es claro si es un sistema de atención o de salud, si es un modelo de salud o un modelo de protección económica familiar, si es aseguramiento o no lo es, tiene en esencia de unos y otros, pero lo que si es notorio, es que el modelo proyectado por la Ley, no tiene nada que ver con el modelo que tenemos actualmente en operación.

La Ley 100 de 1993 define un sistema de seguridad social en salud que pretende regular el servicio público de la salud (Ley 100 artículo 152) y adicionalmente precisa para el régimen contributivo un modelo de protección económica a través de un seguro para la familia.

Para el régimen subsidiado, crea un modelo que tiene como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar, a través de una mezcla de subsidios a la demanda y a la oferta y que es transitorio, hasta su unificación. Confía al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud la definición de la forma y las condiciones de operación de este régimen (Ley 100 artículo 212). En ese sentido define un sistema de atención que permite el acceso de los colombianos a los servicios de salud.

Por otro lado, define los algunos elementos de un sistema de salud, tales como un plan integral, “en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación con ajustes acorde a perfiles demográficos y epidemiológicos, sistema de referencia y contrarreferencia, cobertura familiar, modelo materno infantil, salud sexual y reproductiva, atención de urgencias, plan de atención Básica complementaria de la salud pública definida en la Ley 100 de 1990, modelo para la atención de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito y ordena a las entidades territoriales ajustarse al nuevo modelo manteniendo la organización de los Hospitales por niveles de complejidad. (Ley 100 artículos 153, 162, 163, 165, 166, 167, 168, 174).

Adicionalmente, la pretensión inicial de la reforma era mantener un sistema único, con un plan único con subsidio a la demanda y oferta y con un modelo único. (Ley 100 artículo 162).

Entiende la ley que es necesario regular el sistema, sin embargo, esta regulación no ha sido afortunada, sin un claro derrotero y reaccionando a las circunstancias, muchas veces puntuales y anecdóticas, en particular en el régimen subsidiado. Durante los más de 10 años de funcionamiento de este régimen, se fue aprendiendo haciendo y “normando”, y como consecuencia, el Sistema se deformó, se fraccionó, se complicó y se olvidó de los mandatos principales de la Ley, concentrándose en los procedimientos y no en la esencia. La “sobre regulación” fue llevando a desdibujar las funciones del asegurador cuyo eje central que debería ser la

gestión del riesgo, y empujándolo más a una administración de planes y recursos que a un aseguramiento.

En ese sentido es preciso que en la Visión 2019 se retomen los aspectos medulares de la Ley, que el propósito y futuro sea claro y sin dudas, definiendo muy específicamente el objeto del modelo, cuyo eje es la gestión del riesgo que mejore el estado de salud de las personas, a través de un seguro con un plan único nacional, es decir, parece fundamental abordar, de una vez por todas, el modelo del sistema desde la aceptación del aseguramiento para así superar estos problemas iniciales del diseño, lo que significa la unificación de los operadores y de los procedimientos en los distintos regímenes, que simplifiquen su funcionamiento que permitan al afiliado fluir fácilmente del uno al otro. Es por lo tanto necesario resolver también, algunos aspectos tales como la municipalización del régimen subsidiado, con una orientación clara y contundente y desligar la supervivencia de los hospitales públicos a la contratación en dicho régimen, y centrar la operación del sistema en el ciudadano y no en las instituciones. También es esencial que el documento defina una instancia técnica de regulación y una operación efectiva de inspección, vigilancia y control.

La Ley es explícita en el desarrollo de un Sistema de Información y su mandato en distintos momentos es claro y se deduce de ésta la orientación del mismo, en particular en el artículo 173, funciones del Ministerio de Salud. (Además, entre otros, en los artículos 153, 154, 160, 161, 166, 178, 180, 185, 186, 198, 199, 204, 225, 227, 233, 245 para distintas materias). Sin embargo, hoy el sistema no tiene la información básica, de manera articulada, veraz y oportuna, que es forzosa para la toma de decisiones acertadas, tanto para la regulación como para la modulación del sistema. En ese sentido el documento debe acelerar y ser más ambicioso en la implantación del sistema de información, que contenga los elementos esenciales que permitan conocer los riesgos y abordarlos efectivamente a través de modelos ajustados a las diferencias regionales, demográficas y epidemiológicas que sean del caso.

La segmentación del sistema y los regímenes diferenciales no los vamos a tocar, ya Elsa Victoria lo expuso, lo que es importante es hacer énfasis de nuevo en las inequidades de los planes, porque es una situación que le produce demasiado ruido al sistema, porque de hecho y aunque en el régimen subsidiado las personas tienen el seguro de una porción del plan, tienen también a través de la oferta, por lo menos teóricamente la otra parte, esta diferencia y las dificultades operativas que conlleva, hacen que la responsabilidad se diluya; se requieren entonces roles claros y responsabilidades precisos y diferenciados. En ese orden de ideas, la propuesta de un seguro que contenga un plan único con subsidios diferenciales acordes a la capacidad de pago de las personas, con los ajustes descritos, parece ser un camino adecuado para que la equiparación de los planes sea una realidad mucho más equitativa.

En el documento Visión Colombia 2019, la meta 2 del objetivo una sociedad más igualitaria y solidaria, pretende lograr la cobertura universal en el sistema general de la seguridad social y la política fundamental para el logro de la equidad y el mejoramiento de los estados de salud es la universalización del aseguramiento y la equiparación de los planes de beneficios del régimen subsidiado y contributivo. Pretende a través de ello lograr las metas de salud pública y disminuir la brecha en términos de equidad.

Esa universalización del aseguramiento y la equiparación de planes de beneficios en el régimen subsidiado y contributivo plantea dos estrategias: una estrategia que es la de consolidar la focalización individual y el documento no profundiza en este aspecto, que es un elemento importante en la que se debe ahondar. Se puede estar de acuerdo o no con la focalización pero si es necesario tener claro que la consolidación de la focalización individual es un tema que debemos tratar, sin desligarlo claro está, de la debida identificación de los colombianos, que es un aspecto que no se plantea en la visión y que es hoy crítico en el sistema. Con relación a la debida identificación esta debe ser prioridad para el gobierno con metodologías modernas que logren

superar la problemática actual, que sea confiable y permita la plena identificación de los colombianos.

Con relación a la focalización, es también necesario plantear que no basta consolidar la focalización individual, sino que hay que buscar alternativas distintas que permitan identificar situaciones no previstas, a través de otras estrategias complementarias tales como pérdida súbita de liquidez de un ciudadano y la imposibilidad de aplicación de encuesta o la no identificación del ciudadano. Sin embargo hasta que no se resuelva el asunto de la identificación, sería poco efectivo entrar al tema de los instrumentos de focalización. Por lo tanto es conveniente primero resolver la cuestión de identificación que se profundiza en otra ponencia y luego si el de la focalización.

La segunda estrategia es el afianzamiento en términos de eficiencia y equidad de la estructura de financiamiento y para eso tiene varias acciones; por un lado incentivos para recaudar nuevos recursos a través primero de definir nuevas alternativas de afiliación que es el planteamiento que esbozó Elsa Victoria, a través de los subsidios parciales a la cotización, segundo la reducción de la evasión y elusión que esta muy ligado al sistema de información, y en consecuencia debe abordarse en ese sentido, y tercero reestructurar y organizar el tema de los juegos de azar que debe ser abordado en Inspección, vigilancia y control. Hay que insistir que los temas centrales son aquí de nuevo el Sistema de información y los subsidios variables acordes a la capacidad de pago de la población; y por otro lado, el uso mas eficiente de los recursos del sector actualmente disponibles a través de en primer lugar la reestructuración y modernización de las redes de hospitales públicos, que requiere un planteamiento mas fuerte relacionado con el control de la oferta dirigida a los servicios y no a las instituciones, con énfasis en la demanda, en segundo lugar la transformación de recursos de oferta a demanda y por último dotar a las entidades territoriales de instrumentos eficientes que debe ejecutarse a través de programa de asistencia técnica y acompañamiento estructurado orientado a los municipios y a los departamentos en la gestión de la salud. Aquí es necesario enfatizar que es necesario antes, lograr definir si es deseable mantener los micro pooles municipales.

Las dudas planteadas

- ¿Equiparación de planes de beneficio implica equiparación de regímenes y equiparación de aseguradores?
- ¿Cuál es el modelo de operación que la visión plantea: la de un sistema nacional o regional?
- ¿Debemos seguir con un mercado nacional en contributivo y micro mercados municipales en el subsidiado?
- ¿Cómo se planea solucionar el problema de los subsidios ligados a las trasferencias a los municipios?
- ¿Cuál es la visión de futuro de los territorios dentro de un sistema universalizado y equiparado?
- ¿Cómo se van a resolver las barreras de mercado que normativamente se han impuesto al sistema, al fijar la supervivencia de los hospitales públicos sobre la contratación forzada desde el subsidiado?

Las dudas que salieron de la mesa son a las que busca darles repuestas o por lo menos dejarlas planteadas como elementos de la visión. A la primera pregunta el grupo prácticamente en consenso afirma que sí hay equiparación de planes de beneficio debe tener como consecuencia la unificación de competencias de los operadores. Por otro lado, un sistema municipalizado con trasferencias directas al municipio y con descentralización al municipio y no al ciudadano, con intermediario en ese nivel, dificulta la operación, en particular del manejo de micromercados y las dificultades en el manejo de la movilidad de los ciudadanos. Es deseable entonces que el subsidio se asigne directamente al ciudadano lo que simplifica las cosas. Sin embargo este tema de estas 3 preguntas es esencial darles respuesta sorteando las limitantes constitucionales.

Y las propuestas están sobre la mesa:

- Aceptar el aseguramiento como modelo
- Sistema de información funcionando
- Regulación del sistema con capacidad técnica
- Identificación del asegurado
- El subsidio debe diversificarse y adaptarse a las condiciones de ingreso de las familias y su vulnerabilidad con política de subsidios que impulse.

- Red pública –la justa y necesaria-
- Inspección, vigilancia y control efectivo
- Dimensión de los planes de beneficio
- Dinámica de la operación.

Como dijimos el camino puede ser aceptar definitivamente el aseguramiento como la estrategia y modelo, que permita gestionar el riesgo y con la regulación precisa que ajuste las asimetrías pero que no desvirtúe el seguro. En ese sentido es necesario darle el alcance preciso al aseguramiento y llegar a un acuerdo nacional. Es preciso que se entienda que el camino que hemos decidido se llama aseguramiento y debe ser el aseguramiento sin deformidades y diferenciarlo claramente de la mera administración de unos planes y de unos recursos.

El segundo tema es el sistema de información, que como dijimos, todos estamos de acuerdo que no se puede esperar al 2015 para tenerlo y debe permitir generar la información en salud y la información de los ciudadanos, porque hoy no se sabe de que se están enfermando y muriendo las personas en Colombia.

También es esencial la regulación del sistema con capacidad técnica y la pregunta es si el Concejo Nacional de Seguridad Social es el adecuado como ente de dirección. El consenso es que no, y tal como esta conformado podría ser de un ente de concertación pero difícilmente de dirección. La propuesta está entonces encaminada hacia un organismo mucho más técnico, que alimente las decisiones del país que son eminentemente técnicas y diferenciarlas de las que son políticas.

Con relación a la identificación como se dijo, se debe buscar al año 2019 la identificación mediante parámetros mas precisos y modernos, que superen los problemas de fraude, lo que es sin duda un reto grande que el país debe resolver cuanto antes. Es necesario solucionar el problema de identificación del asegurado como condición previa al logro de cobertura universal y al abordaje de la focalización individual.

El subsidio se debe diversificar y adaptarse a las condiciones de ingreso de las familias y su vulnerabilidad y es deseable que se tenga una política de entrega de subsidios, moderna y orientada a “im-

pulsar” al ciudadano que minimice paternalismos que perpetúen la pobreza.

El rol de la red pública tiene que ser precisado, en el sentido del cual es el tamaño y en donde es necesaria, que es lo que vamos a reestructurar, cuanto vamos a gastar o invertir y romper el paradigma que la red pública es el patrimonio del estado cuando el patrimonio del estado debe ser la salud de los ciudadanos. En ese sentido más que una mirada dirigida a salvar o mantener instituciones, se requiere una aproximación desde la organización de los servicios que requiere la población.

Por otro lado el sistema debe pensar si el debe ser dual porque hay zonas donde no hay suficiente pool de riesgo y si vale la pena explorar otro esquema distinto al esquema de seguro

Es importante repensar la dimensión de los planes de beneficios porque aunque políticamente es complicado pone en riesgo la viabilidad financiera del sistema. Hay que por lo menos ajustarlos, de una manera lógica en los que se pueda gestionar el riesgo y que sean lo suficientemente integrales para evaluar a los operadores por resultados.

El problema mas complejo es la dinámica de la operación, por las razones planteadas inicialmente de los pooles nacionales para contributivo y municipales para subsidiado. Por otro lado hay limitantes constitucionales con relación a la ejecución de recursos que dificultan la homogenización del sistema. Adicionalmente, la operación “municipalizada” tiene algunas ventajas con relación al control social, por la cercanía al ciudadano. Sin embargo en un esquema de aseguramiento son recomendables los “pooles” de mayor tamaño y se hace necesaria mucha imaginación que permita acercar los dos regímenes. El camino podría ser intermedio, regional o nacional pero unificado, con operadores competentes y un esquema de inspección, vigilancia y control con amplia participación ciudadana.

Al documento le conviene incorporar o plantear respuestas a estas dudas, acogiendo las recomendaciones o en su defecto trazando otras.

El financiamiento y la sostenibilidad del sistema

NELCY PAREDES

Lo primero que uno debe mirar es cuál es la población a la que debo llegar y a partir de allí cuántos son los recursos que tenemos, cuántos nos hacen falta y cuáles son las estrategias para poder llegar y conseguir una meta de la universalidad.

El primer problema es cuántos somos, cuánta es la población pobre, cuánto nos falta por cubrir, se supone que, de acuerdo con las cifras oficiales, la población SISBENizada en los niveles 1,2, 3 son 31 millones de personas. De éstas, según un cálculo inicial del Ministerio de la Protección Social, afiliadas al régimen subsidiado hay 18, y al régimen contributivo cerca de 5 millones por lo que faltarían por afiliar 8. Si hacemos las cuentas por otro lado tene-

mos 15 millones en el Contributivo, 18 millones en el subsidiado más 2 millones en regímenes de excepción que sumados a los 8 que harían falta según se mencionaba antes nos da que la población total colombiana es más de 41 millones que es lo que el DANE menciona que son las cifras que arroja el censo que acaban de realizar. Las cuentas no son claras. O nos faltan datos en el DANE o nos sobran en el SISBEN –o nos estamos inventando el SISBEN o las del DANE.

Entonces el primer elemento para construir un modelo de financiamiento es entender cuál es la población objetivo y esa variable no la tenemos clara. ¿Nos hacen falta 8 millones o menos?

Gráfica 60. Reversión política en EE.UU.

1. Conocer cuál es la población potencial para brindar subsidios en salud						
Niveles SISBEN	Población Sisbenizada (1)	Indígenas	Total Población	Afiliados al Régimen subsidiado (2)	Afiliados contributivo (3)	Población sin afiliar
SISBEN Nivel 1 y 2	26.338.060	717.474,00	27.052.534	16.494.533	3.222.511	7.335.490
SISBEN Nivel 3	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.

Gráfica 61. Cuántos somos y cuántos restan por afiliar al SGSSS

Total población	41.242.948
-contributivo	15.533.582
-exceptuados	2.015.186
+afiliados pobres	4.757.269
Potencial población pobre	28.451.449
Afiliados al RS	18.592.281
Afiliados al RC y exceptuados	6.772.455
Población pobre por afiliar	3.086.713

Si partimos de los 41 millones que dice en DANE le restamos los 15 millones del contributivo y los regímenes de excepción que son 2 y le sumamos los pobres que están afiliados al contributivo, tendríamos una población potencial pobre de 28 millones y no de 31 como se puede determinar de los datos de la encuesta SISBEN. De estos 28, tenemos afiliados 18 en el subsidiado y 6 entre contributivo y exceptuados, o sea que en este caso solamente faltarían por afiliar 3 millones de personas y no 8 como estima el Ministerio de la Protección Social.

Tener una meta de 3 millones de personas pobres por afiliar es muy distinta de 12 que mencionó la doctora Elsa Victoria en su presentación, pero también de los 8 millones que dice el doctor Alfredo Rueda del Ministerio. ¿Cuál es el dato real? ¿Cuál es el déficit de cobertura que debemos financiar? Obtener los recursos para afiliar a 3 millones es más factible, conseguir para 8 millones se complica y para 12 millones la tarea se hace imposible.

El ejercicio siguiente lo hice con población pobre total de 28 millones a los cuales se les debe dar un plan único, muy similar al del régimen contributivo (por eso esta parte de soñar no cuesta nada). Lo que hay es que ajustar la prima, es decir la UPC-S, porque con cobertura universal se puede revisar y tratar de armar diferentes alternativas solo subsidios totales o sólo subsidios parciales en el régimen subsidiado o subsidios a la cotización como propone Elsa Victoria o una mezcla de esas alternativas.

Si quisiéramos subsidios totales, para los afiliados actuales más los 3 millones que hacen falta (descontando los que ya tienen cobertura en el contributivo), parto de 21 millones de personas voy a plantear cuántos son los recursos que necesito para un plan igual al del contributivo con una UPC que tiene que ser menor a la del contributivo ya que teniendo universalidad uno si puede calcular unas primas distintas, porque ya no tiene la selección adversa. La selección adversa lo que hace es aumentar el costo per cápita si tenemos una mezcla mayor de personas enfermas que son las que ingresan primero. Una mezcla de sanos-enfermos con el total de la población nos permite tener el costo per cápita menor. Además tenemos la mezcla entre municipios costosos, digámoslo de esa manera, y municipios menos costosos porque las patologías son más simples y las frecuencias de utilización de servicios son menores, luego los costos son menores. Bogotá es costosa por la cercanía de la prestación a la última tecnología, municipios apartados no tienen esa cercanía a la tecnología ya que los médicos resuelven los problemas con la tecnología disponible y además la gente se enferma de otras cosas que pueden ser menos costosas. Un ejemplo de ello se puede estudiar en el ejercicio de subsidios parciales, como plan parcial, que el doctor Eduardo Alvarado planteó por primera vez en Pasto: las tasas o la estructura de las enfermedades de Pasto son muy diferente a la que uno puede observar en Bogotá, los casos de SIDA eran muchísimos menores y los casos de altos costos era menores, en

Pasto era viable una prima del 45% de la UPC-S pero en Bogotá no es viable para un plan parcial de alto costo. Estas diferencias hay que estudiarlas con más profundidad pero digamos se propone aquí realizar el ejercicio con una UPC equivalente al 88% del ingreso que tiene las EPS para financiar el plan obligatorio de salud.

Si necesitamos recursos para financiar a 21 millones de personas con esta UPC, pues necesitaríamos \$7 billones. De éstos tenemos los recursos del FOSYGA, los de Sistema General de Participaciones que se destinan a la demanda y los de la oferta lo cual implica transformar el 100% de éstos últimos. Es importante mencionar aquí que esta decisión implicaría que se requiere adoptar una política muy importante para ajustar y mejorar la gestión de la red pública por lo que hay que desligar el funcionamiento de ellos de la operación del régimen subsidiado o de lo contrario el sistema de aseguramiento nunca va poder llegar a la cobertura universal. Esa es una decisión difícil porque se necesita una voluntad y una fuerza política muy grande que no creo que se tenga; hay que mostrarle a la gente que tener un buen hospital cerca y haciendo parte de una red que funcione eficientemente, es una maravilla. No obstante también hay que enseñarle que tener esa infraestructura abierta en malas condiciones de calidad y oportunidad puede poner en peligro su salud. La política hospitalaria que debe ir acompañada de cualquier plan de financiación de la cobertura universal de la afiliación al Régimen Subsidiado debe poder definir cuáles son los hospi-

tales que necesitamos, en donde deben estar ubicados, independientemente de si se trata de zonas apartadas o no, caso en el cual dicho plan debe considerar dichas diferencias par buscar la financiación adecuada para invertir en su actualización tecnológica, de gestión, que permita garantizar la disponibilidad de infraestructura en condiciones adecuadas de calidad y oportunidad. La red hospitalaria que se decida debe estar disponible para competir en la mismas condiciones que lo hacen las IPS privadas.

Volviendo al tema de la financiación del régimen subsidiado se necesitarían \$7 billones contra \$5 millones disponibles en este momento nos faltarían cerca de \$2 billones y medio, para cubrir a los tres millones de personas que nos hacen falta. Esto no es viable. En las propuestas de reforma se está hablando de un punto adicional de la cotización de los trabajadores afiliados al régimen contributivo pero eso sólo representaría una suma de \$800 mil millones.

Esta alternativa entonces requeriría \$2.5 billones adicionales más los recursos que se requieren de presupuesto nacional para poder desligar el sistema de aseguramiento del tema de la red hospitalaria, que tenemos que hacerla viable, lo cual requiere inversiones cuantiosas que se pueden financiar con crédito externo. Aquí vale la pena mencionar que para ese efecto yo no conté ni las rentas cedidas, ni las rentas propias de las entidades terri-

Gráfica 62. Requerimientos para subsidios totales

Potencial (total-afiliados al RX)	21.678.994
UPC-S (88% del ingreso per capita RC)	349.272
Costo total	7.571.865.592.368
Recursos 2006	
FOSYGA	1.584.000.000.000
SGP demanda	1.940.245.500.000
SGP oferta	1.497.019.780.000
Disponible	5.021.265.280.000
Faltante	2.550.600.312.368

toriales como disponibles para el aseguramiento de tal manera que esas rentas pueden servir de soporte a la financiación de las inversiones que requiere la red pública. Tampoco se tienen en cuenta dentro de la financiación de la demanda del sistema de aseguramiento, por que esos recursos los necesitan las entidades territoriales para completar la financiación de la red pública en aquellas zonas apartadas en donde las tarifas promedio de mercado, que son con las cuales se soporta la decisión de UPC, no alcanzarían a financiar adecuadamente su operación. En alguna parte del país se necesita tener la maternidad abierta aunque no se tenga sino un parto al año y eso cuesta. Las rentas cedidas y las rentas propias podrían llegar a financiar esos desbalances en esos sitios.

Teniendo en cuenta que no es tan viable obtener cerca de \$2.5 billones adicionales se requieren plantear otras alternativas como los subsidios a la cotización, como lo propone la doctora Elsa Victoria. Son subsidios parciales pero mirados desde otro punto de vista. Qué es lo que pasa en el contributivo cuando yo afilio una persona a dicho régimen? Yo pago sobre un ingreso base de cotización de un salario mínimo \$49 mil, si tengo una familia de tres personas esa cotización me tiene que financiar es-

tos gasto (la UPC general y de promoción y prevención más subsidios monetarios en casos de incapacidad médica o por maternidad), luego el gasto de familia termina siendo \$93.890. Si esta familia pobre, que gana un salario mínimo, se afilia al régimen contributivo, al sistema le cuesta \$93.000 y sólo aporta \$49 mil por lo que se genera un subsidio para esa familia, de casi \$45 mil. Ese es el subsidio per cápita que se generaría si yo afilié la población pobre que me queda al régimen contributivo. Esta propuesta no convence al Ministerio de Hacienda porque le preocupa el desbalance que se puede generar en la subcuenta de compensación porque los recursos que ella genera no serían suficientes para financiar masivamente este monto del subsidio. Por eso se propone que los recursos nuevos que se consigan se destinen a subsidiar la cotización para completarle a la subcuenta de compensación los recursos necesarios para financiar este subsidio.

El ejercicio ahora es dividir parte de la población objeto de subsidios (21 millones) en dos grupos: 16 millones de personas con subsidios totales (que son los que están hoy en subsidio total aunque habría que revisarlo) y otros 5 millones con subsidios parciales a la cotización. Teniendo un promedio de tres

Gráfica 63. Requerimientos financieros con subsidios a la cotización

UPC-S (88% del ingreso per capita RC)	349.272
Subsidio total	
Personas	16.000.000
Costo	5.588.352.000.000
Subsidio a la cotización	
Personas	5.678.994
Familias 3 personas	1.892.998
Costo para cubrir déficit de subcuenta	1.020.628.801.680
Subsidio para la familia	556.087.092.480
COSTO TOTAL	7.165.067.894.160
Recursos	
Demanda	3.524.245.500.000
Oferta	1.497.019.780.000
Recursos adicionales de las familias	556.087.092.480
Cotización mensual	24.480
RECURSOS TOTALES	5.577.352.372.480
Déficit 1.587.715.521.680	

personas por familia los 5 millones corresponden a 1.800.000 familias y un subsidio cercano al los \$45 mil pesos mensuales por familia (equivale a \$180.000 por persona al año, similar al subsidio total en el subsidiado), se requeriría en la subcuenta de compensación un billón de pesos. Para hacerle atractivo a esa persona afiliarse al contributivo se podría adicionalmente financiar el 50% de los \$49 mil pesos que vale la cotización y la familia aporta el otro 50%. Eso me cuesta \$556 mil millones más luego el gasto total en esta alternativa combinada de subsidios nos da \$7 billones 165, que con los mismos recursos disponibles, ya mencionados, de \$5 billones más el aporte de la familia me da un desbalance sólo de un billón quinientos mil millones de pesos. Mejora el balance pero si sólo tenemos un punto de la cotización, que el Ministerio de la Hacienda ya dijo que sí, pues todavía nos faltaría la mitad, otro puntito de la cotización lo cual no lo veo viable.

Gráfica 64. Requerimientos de recursos financieros para la cobertura total

- El aporte de la familia, del 50% de la cotización, podría ser de cerca de 0.5 billones con lo cual el déficit se reduce a cerca de 1.5 billones.
- Este se podría financiar en parte con el punto adicional de la cotización que propone el Ministerio de Hacienda que para el año 2006 se estima en cerca de \$850.000. Se requerirían otros recursos adicionales.
- Mas los de readecuación institucional y tecnológica de los hospitales para que puedan ajustar el costo promedio y se garantice su capacidad de resolución.

Que hacemos entonces, pues uno si tiene que empezar a preguntarse si todos estos que tiene subsidio total realmente no podrían aportar algo, yo creo que podríamos armar una focalización un poco mayor de pronto estos subsidios parciales hacerlos en varias niveles, pero nos toca como alternativas buscar ese tipo de subsidios a mucho menos gente y subsidios parciales a la cotización con varios niveles. Voy hacer un ejercicio simple, sobre la base de

las cifras anteriores pero cambiando la meta de cobertura en cada grupo; 12 millones de personas en subsidio total que es la meta que nosotros nos pusimos en el año 1994, 30% de la población más con subsidios parciales a la cotización para 9 millones de personas, que equivale a 3 millones de familias. Esta alternativa nos daría un déficit de \$909 mil millones que perfectamente podemos financiar con el punto de cotización que nos va a dar el Ministerio de Hacienda lo cual haría viable esa propuesta.

Es importante no obstante aclarar que detrás de todo esto, como ya les mencione hay un poco de decisiones de política muy complicadas de tomar, como es desligar el financiamiento de los hospitales públicos del sistema de aseguramiento y hacer análisis de cómo lograr unificar el plan, cuál debería ser la unidad de pago por capitación, cómo lograr que las personas realmente encuentren atractivo afiliarse al sistema en el régimen contributivo pagando una cotización subsidiada (entre \$24 y \$40 mil) y, lo más importante, pagándola cumplidamente. Sólo resolviendo con éxito todas estas preguntas podríamos hacer viable esta propuesta.

El control de la evasión podría generar importantes recursos pero significa un sistema de información muy fuerte como el que plantea el doctor Miguel Uprimny. Creo que ya se están dando unas luces alrededor de esto en el RUA que está cruzando y detectando mucha gente que está afiliada a pensiones y a riesgos profesionales y no está en el régimen contributivo sino en el régimen subsidiado, mucha gente que está como beneficiario en el contributivo y como beneficiario en el subsidiado.

Lo de los incentivos a la cotización podría hacerse creando espacios para la afiliación colectiva, sólo si hay solidaridad con grupos similares, que tengan las mismas afinidades, que se conozcan, yo creo que si se puede lograr la lealtad del afiliado con el sistema y esa sería una línea para explorar, que está en la Ley 100 y no hemos desarrollado alternativas en ese sentido para poder lograr una solidaridad en grupos más cercanos, más afines para que yo sepa que a Teresita yo le aporato un mes que no tuvo

porque Teresita, que es mi amiga, me ayudará a aportar la cotización otro mes si tengo dificultad.

También se deben comprometer otras medidas, y otros recursos de las rentas cedidas y recursos propios, en la atención de la población a través del fortalecimiento, no solamente del régimen subsidiado sino de la red hospitalaria para poder desligar los dos problemas. Otras medidas más individuales hacer que el sistema si le pague al FOSYGA los recursos que tiene acumulados en crédito interno.

Quisiera antes de terminar, mencionar tres temas de los que mencionaron mis compañeros de panel. El primero surge tal vez por una propuesta que hizo la Universidad de Harvard desde el principio del sistema en el sentido que éste sistema debería mantener un sistema dual, tesis que ha ido generando muchos más adeptos. Yo no creo en el sistema dual porque implica que unos municipios en donde hay mercados se tenga el aseguramiento y que donde no, en municipios pequeños, se queden los subsidios de oferta. Esta propuesta, para mí, significa condenar a las personas que viven en esos municipios al abandono porque lo desliga de la posibilidad de acceder a servicios en niveles altos de complejidad cuando lo necesite. Por el contrario lo que tenemos que armar para esos municipios es un sistema distinto dentro del aseguramiento que implique no 20 ARS por municipio sino un pool de municipios que se sacan a concurso y que puedan ser atendidos por una sola o un par de administradoras con lo cual arreglaríamos el problema del tamaño del mercado de la prestación y del mercado del aseguramiento y se vincula al usuario con toda una red que le pueda organizar esa administradora.

El segundo tema tiene que ver con la reforma de la Ley 715 y ahora que va en el Congreso a tocar el tema, es importante insistir que el aseguramiento es más de pooles grandes por lo que creo que cometimos un error al decir que el aseguramiento quedaba en responsabilidad del municipio, los municipios de 500 afiliados no generan un pool adecuado de riesgos, atomizan el riesgo, la regionalización que intentamos en el Consejo me parece que quedó parte de eso aunque no resultó bien desde el punto de vista de los tamaños de cada pool para las ARS. Me parece que el aseguramiento es de pooles de riesgos departamentales o regionales pero no la regionalización que tenemos ahora.

Por último creo que sí debemos, que no tiene que ver con la financiación, pero me parece muy importante, tenemos que llegar a la equiparación de los regímenes. Tenemos que tratar que sean unas EPS junto con unas ARS quienes le den continuidad a la afiliación a las personas, mucha gente pobre dice que prefiere no trabajar, ese es el argumento del Ministerio, para no perder la afiliación al régimen subsidio. Eso se soluciona si logramos crear una sola institucionalidad que es la idea y es lo que está aprobado en la Ley 100, que la fuimos deformando y fuimos separando radicalmente la institucionalidad. Necesitamos volver a juntar eso, no necesariamente ahora ya que con lo que tenemos es una sola entidad que administra las dos cosas, sino convenios y alianzas entre una ARS y EPS para que el usuario que se afilie al subsidiado como puerta de entrada pueda entrar y volver del contributivo con la misma red de servicios, con el mismo modelo de atención y simplemente sea un manejo de bases de datos, lo cual le garantiza mayor calidad en su atención.

Relaciones del aseguramiento con la prestación subsidio de la oferta y subsidio parcial a la contribución

ELSA VICTORIA HENAO

En primer lugar quiero agradecer a la doctora Elisa Carolina Torrenegra y a la junta directiva de Gestarsalud por esta invitación y resaltar que lo más valioso de este congreso, es su concepción como un espacio de construcción colectiva. El objeto de esta ponencia por su parte, es el de hacer algunos aportes a esta construcción colectiva procurando el avance del sistema de salud colombiano.

Del primer día del congreso quedan para la reflexión, planteamientos filosóficos de fondo sobre lo que debe ser el sistema de salud, con un elemento clave en común: retoman los principios fundamentales del sistema y plantean que a partir de ellos, se deben medir los progresos o retrocesos del sistema.

Una reflexión muy valiosa de la doctora Beatriz Londoño se refiere a que en los debates del sector, casi nunca hay conexión entre lo que se plantea desde lo financiero o lo económico, con el debate acerca de las necesidades de salud de la población. La doctora Beatriz mostraba cómo las políticas públicas deben estar basadas en el análisis de lo que la evidencia señala como necesidades de salud de la población.

Las organizaciones que dirigen el sistema de salud no pueden seguir siendo responsables por el desempeño de los operadores del sector; el sistema debe enfocarse en lo que la población necesita: ese es el elemento fundamental para su sostenibilidad en el tiempo. Por su parte, cada una de las organizaciones que se vinculan al sector en calidad de operadores, son responsables de cumplir la tarea asignada de cara a las necesidades de los usuarios

y así, de alinear sus objetivos con los del sistema. Sólo en la medida en que satisfagan las necesidades de salud de la población, el sistema se mantiene, se desarrolla y permanece en el tiempo.

La propuesta que se presenta a continuación es el resultado de un esfuerzo conjunto de Gestarsalud, ASOCAJAS y la Fundación Corona con el apoyo técnico del Cendex de la Universidad Javeriana. El objetivo fundamental es explorar alternativas para ampliar la cobertura y hacer cada vez más viable la universalidad, a través de un subsidio parcial a la contribución (diferente a lo que hoy se denomina subsidio parcial en el sistema).

Esta propuesta se fundamenta en el gran reto de la universalización, entendida ésta en tres dimensiones: la primera se refiere a un aseguramiento en salud del 100% de la población con el cual se garantice el acceso de toda la población a los servicios de salud. Esta cobertura universal resulta ser además un factor esencial para que el sistema sea sostenible. Es muy importante resaltar que a la vez que se avance en cobertura, se debe garantizar la generación de recursos suficientes para sostener el modelo. De no ser así, el sistema sufrirá retrocesos que para nada contribuyen al desarrollo.

La segunda dimensión de la universalización involucra un elemento sustantivo del debate actual y se refiere a la unidad del plan de beneficios: dicho de otro modo, el reto es cómo otorgar un mismo plan de beneficios a todos los ciudadanos. Aunque posiblemente esta sea meta todavía lejana, es importante que ser incluida en los objetivos de desa-

rrollo del sistema, debe estar presente en la visión de futuro y en los debates sectoriales, debe tenderse a ella en los ajustes que se hagan al sistema.

Por último, la universalidad trae consigo el tema de calidad, que aunque evidente, no ha sido abordado de una manera integral. La tendencia progresiva a seguir fragmentando el sistema, donde la calidad es uno de los elementos de esta segmentación, no permite garantizar los derechos de los ciudadanos y mucho menos, mejorar la salud de la gente.

Frente al reto de cobertura, a diciembre de 2005 (según cifras oficiales y previo a ajustes derivados del reciente censo), Colombia tiene una afiliación del 74.15% de la población, 34,7 millones de personas. De estos, 14,7 millones de personas pertenecen al régimen contributivo: 6,6 millones en calidad de cotizantes y 8.1 en calidad de beneficiarios. Al régimen subsidiado pertenece 18,5 millones de personas: 16,7 millones en la modalidad de subsidios plenos y 1,8 millones en subsidios parciales o plan de alto costo. Por último, hay alrededor de 1.5 millones de personas que todavía pertenecen a regímenes especiales tipo magisterio o fuerzas militares; así las cosas y bajo el supuesto de 46 millones de habitantes, faltan 12 millones de personas por afiliar.

Al analizar la sostenibilidad bajo este mapa de aseguramiento, hay varios riesgos que se deben explorar y resolver. La primera se relaciona con la baja proporción de cotizantes frente al total de personas aseguradas: sólo 6,6 millones de personas contribuyen y 28,1 millones son beneficiarios (de régimen contributivo o como receptores de subsidios).

Aunque el crecimiento de las coberturas del régimen subsidiado en los últimos años ha representado un avance valioso en la protección de los más pobres, resulta preocupante que la tendencia al crecimiento del régimen contributivo en sus primeros años se estancó con la crisis económica y no ha logrado recuperarse con la superación de la misma. En este escenario, la expansión rápida del régimen subsidiado, que obviamente responde a una

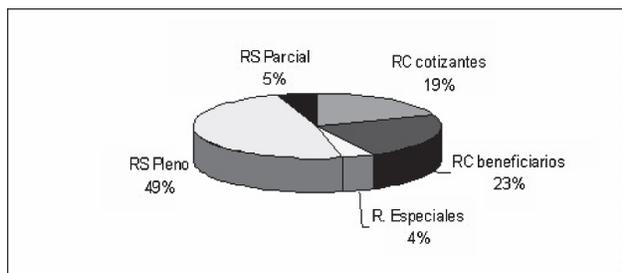
necesidad de la sociedad, se hace a expensas sólo de gasto público lo que tiene riesgos severos de sostenibilidad y además parece estar generando incentivos para que las personas pobres se mantengan en esta condición.

Es importante anotar que aunque lo primordial sigue siendo el aseguramiento de todas las personas, los mecanismos por medio de los cuales se alcance este objetivo resultan definitivos. Si bien el mecanismo más sencillo para asegurar personas de bajos ingresos no vinculadas al trabajo formal puede ser la entrega de subsidios, esta política, en épocas de recesión o restricción fiscal puede llevar a difíciles retrocesos. En este sentido, se debe ser creativo y flexible para que las personas puedan hacer contribuciones acordes a sus capacidades y recursos.

En materia de viabilidad financiera, el país se enfrenta a cambios profundos en la forma en que las personas generan ingresos. Hoy hay un mayor grado de trabajo informal y/o independiente que genera dificultades para captar recursos por fuera de las nominas tradicionales. “Entre los aspectos puntuales señalados por los estudios con mayor efecto en la viabilidad financiera del régimen contributivo están: (i) el sistema de recaudo en cabeza de las EPS, actores que no cuentan con los incentivos para controlar los ingresos sobre los cuales se cotiza; (ii) la carencia de mecanismos y de incentivos para el recaudo de contribuciones a los trabajadores y en general la poca atención al mercado de trabajo del país y particularmente a las formas de generación de ingreso de la población, diferentes al salario; (iii) el efecto que tiene los dos aspectos antes mencionados en la alta evasión y elusión de aportes...” (Acosta *et al.*, 2005).

En lo que se refiere a los planes de beneficios, igualmente, se tiene una gran diversidad. En lo que podría catalogarse como el sistema contributivo¹ el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, POS-C, protege en los tres niveles de compleji-

1 De las personas vinculadas al sistema con un pago de aportes.

Gráfica 65. Planes de beneficios

- Multiplicidad de planes y regímenes
- Inequidad
- Dificultades en la administración del sistema
- Mantenimiento del subsidio de oferta

dad y otorga prestaciones económicas a los cotizantes y otorga el mismo plan, sin prestaciones económicas, a los beneficiarios; por su parte, los afiliados a regímenes especiales reciben un plan diferente, más amplio que el del régimen contributivo. Los afiliados al régimen subsidiado pueden recibir dos tipos de plan: el plan de “subsidio pleno”, con el que se cubren el primer nivel de atención, algunos procedimientos de mediana complejidad y los eventos de alto costo y el plan del “subsidio parcial” que cubre básicamente el alto costo.

Aunque esta multiplicidad de planes y regímenes trata de responder a las necesidades de la población con unos recursos limitados, genera al interior de la operación y de la administración del sistema unas dificultades y complejidades que obviamente repercuten sobre el costo de administración y plantean, desde lo filosófico, un dilema de equidad. De hecho, el principio de equidad sugiere que la gente más pobre (SISBEN 1 y 2) que hoy en día recibe régimen subsidiado pleno o la gente de escasos recursos (SISBEN 3) que recibe subsidio parcial, deberían estar mejor protegidos en su riesgo financiero como de salud, dada su mayor vulnerabilidad. Dadas las restricciones de recursos, se debe buscar alternativas lo más acordes posible a las condiciones de la población y el país.

• Subsidio de oferta

Otro factor crítico para la sostenibilidad del sistema es la convivencia del subsidio de oferta con el aseguramiento que se mantiene al menos por tres razones:

La primera razón es la falta de universalidad de la cobertura en virtud de la cual, las personas no aseguradas (pobres no asegurados y evasores del régimen contributivo), garantizan su derecho a la salud mediante la demanda de servicios en hospitales públicos que los atienden con cargo al subsidio de oferta.

La segunda razón por la que se justifica el subsidio de oferta es el hecho de que los planes de beneficios del régimen subsidiado son incompletos, y las necesidades de la población no cubiertas, se derivan a la red pública con cargo a los recursos de oferta. Así, el mismo sistema genera demanda de recursos de oferta y demanda de un mismo usuario lo que hace más compleja y costosa la operación y dificulta el alcance de la eficiencia por parte de la red pública.

La tercera razón que determina esta dualidad, se relaciona con deficiencias del mercado “...no todas las regiones del país cuentan con suficiente población beneficiaria de subsidio para conformar el mercado –ni siquiera en los de tipo monopólico– que permita una efectiva distribución del riesgo, elemento fundamental del aseguramiento” (Peñalosa et al., 2002).

El subsidio de oferta solo podrá ser eliminado el día que tengamos cobertura universal y un plan universal de servicios de salud, que incluya los tres niveles de complejidad y resulte acorde a las necesidades y derechos de los usuarios. Para los casos de fallas de mercado en donde se observa baja densidad y dispersión de la población, se hace necesario buscar modelos de atención que logren superar las barreras geográficas y económicas. En estos casos es posible que deba mantenerse el subsidio de oferta hasta lograr la cobertura universal de una población suficiente (pooles). Hay ejemplos valiosos del mismo del sistema colombiano en otros momentos y de otros países en los cuales los servicios

logran llegar hasta la población en lugar de esperar a que la población, llegue a ellos.

- La propuesta de subsidio parcial a la contribución

Dado que es poco probable que, en busca de la unificación de planes, el país pueda reducir contenidos en alguno de estos, el planteamiento posible y que tendría efectos sobre la sostenibilidad, es el de un mayor número de ciudadanos que contryan al sistema.

El subsidio parcial a la contribución se concibe como una estrategia para ampliar la cobertura, especialmente de la población que se encuentra en el sandwich: no es suficientemente pobre para recibir subsidio, ni suficientemente rica para pagar los aportes mínimos establecidos para el régimen contributivo. Debe ser concebido además, como un aporte temporal y transitorio que hace el Estado a este grupo de personas para ayudarlos a transitar de una situación socioeconómica cercana a la pobreza, a una situación de menor riesgo y vulnerabilidad.

La población objeto, en primera instancia es un grupo de personas que en términos generales, trabajan como cuenta propia no profesionales, se ubica en el nivel 3 del SISBEN, no están asegurados y sus ingresos les permitirían un algún pago a la seguridad social². Entre la población sujeto del subsidio parcial podrían estar además, algunas personas de SISBEN 2 con capacidad de pago.

El subsidio parcial a la contribución -SPC- otorgaría un plan de beneficios (de contributivo o de subsidiado –por determinar) que se financia mediante la concurrencia de recursos de contribución y de subsidio, con cobertura familiar.

Para lograr un impacto positivo, es necesario determinar estudiar a fondo el tema y definir, a la luz de la evidencia disponible, varios aspectos: cual es la relación óptima entre la contribución y subsidio, o sea, cual debe ser el monto del aporte del ciudadano, cuales son los criterios de selección de los beneficiarios, cual debe ser el contenido del plan de beneficios y si debe o no contemplar prestaciones económicas (licencias de maternidad,

incapacidades etc.) en que proporciones y hasta cuantos ciudadanos se podrían involucrar. Otros temas que deben ser estudiados por esta propuesta, son las relaciones del SPC con otros frentes de la seguridad social como pensiones y de riesgos profesionales.

En el campo operativo de la prueba, se debe determinar quién sería el asegurador ideal por régimen y tipo de entidad, cuáles son las funciones y responsabilidades de estos operadores, cómo se selecciona la población, cómo se afilia, cómo se recaudan los aportes de la población dadas sus condiciones de independencia y/o informalidad, cómo sería la compensación de los aportes y su concurrencia con los subsidios del Estado y qué garantías existirán en lo que al flujo de los recursos se refiere, para que el sistema opere adecuadamente.

Un tema de especial relevancia para el diseño del subsidio parcial a la contribución es el de los incentivos para que la población informal, con capacidad de pago, decida vincularse al sistema mediante este mecanismo, permanezca en él, cotice de una manera voluntaria y transite hacia el régimen contributivo. En este tema se debe ser especialmente cuidadoso pues el SPC no puede convertirse en un incentivo contra el régimen contributivo, ni en un nuevo factor de inequidad.

Como resultados esperados y de manera obviamente preliminar, se estima que los aportes del subsidio parcial a la contribución pueden llegar a ser significativos para ampliar coberturas en el nivel 3 de SISBEN, que de hecho, ha sido uno de los segmentos más difíciles de vincular. Con este mecanismo, se da además la oportunidad organizar y maximizar los recursos, llegar a la universalización en SISBEN 1 y 2 con subsidio pleno, ampliar la base de cotizantes al sistema y de esta manera, como

2 Aunque hoy en día alguna proporción de personas con estas características recibe subsidio, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud ha determinado la necesidad de excluirlos para ampliar las coberturas en los niveles Sisben I y II que no han sido cubiertos (aunque ha aplazado la fecha de hacer efectiva esta indicación)

consecuencia de esto, avanzar en la sustitución del subsidio de oferta a demanda.

Se considera además que esta estrategia puede ayudar a avanzar en la unificación del POS, siempre y cuando se adopte un plan ideal y ajustado para toda la población, y un punto especialmente importante, es que se da un mensaje a la ciudadanía de su deber de contribuir en la medida de las posibilidades.

Esta prueba genera además experiencias acerca de la concurrencia de recursos de contribución y subsidio que de alguna manera debe contribuir a flexibilizar la vinculación de las personas a la segu-

ridad social para que en el futuro, ésta resulte realmente acorde con los ingresos y necesidades de las personas.

El sueño es tener un sistema único para todos los colombianos, con un plan de beneficios que se ajuste por riesgos epidemiológicos y no por otras variables, que sea solidario y sostenible pues los aportes resultan proporcionales a la capacidad de las personas, capaz de detectar y responder oportunamente a las vulnerabilidades específicas y cambiantes –financieras y de salud- de toda la población, que sea transitorio y motive una mejor calidad de vida para la persona, y que brinde una calidad óptima para todos los ciudadanos.