

Colombia

Avanzando hacia la protección universal de la salud

Luego de dos décadas de desarrollo, el sistema colombiano de seguridad social en salud exhibe resultados muy positivos. Se estima que la tasa de afiliación a los regímenes de seguro social de salud pasó del 25 por ciento en 1993 (antes de la reforma) al 96 por ciento en 2014.

En el 2011, los gastos de bolsillo en salud bajaron al 15,9 por ciento del gasto total en salud (MSPS, 2014). Según el Informe Mundial sobre la Protección Social 2014/2015 de la OIT, los gastos per cápita en salud no cubiertos por el gasto de bolsillo ascendieron a USD 358,5 anuales y el porcentaje de nacidos vivos atendidos por personal de salud capacitado fue del 99,2 por ciento. Por lo tanto, Colombia constituye uno de los casos más notables de avances recientes en protección social de la salud de América Latina.

Los pisos nacionales de protección social garantizan acceso universal a la atención en salud y seguridad de los ingresos a los niños, las personas en edad de trabajar y los adultos mayores.

185 países adoptaron la Recomendación sobre los pisos de Protección social, 2012 (núm. 202), un enfoque para alcanzar la protección social universal.

Este resumen presenta una experiencia nacional exitosa en términos de la extensión de la protección social.



[Haga clic para ver el video](#)

Principales lecciones aprendidas

1. Para los países en desarrollo, es factible y asequible avanzar de manera significativa hacia la protección universal de la salud.
2. El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) de Colombia ha desempeñado un papel fundamental para agrupar los fondos provenientes de diversas fuentes y para articular los regímenes contributivos y no contributivos.
3. La creación de un conjunto único de servicios de la salud, mediante el Plan Obligatorio de Salud (POS), ha contribuido a uniformar los beneficios brindados por todos los aseguradores y prestadores, públicos y privados.
4. Es posible lograr resultados sumamente favorables en cuanto a la extensión de la cobertura de servicios de salud para las poblaciones rurales y la disminución de los gastos de bolsillo de las familias.
5. La economía política de una reforma estructural de la salud es muy compleja y puede dar lugar a puntos de vista divergentes entre los actores sociales. Por lo tanto, el diálogo social es esencial.

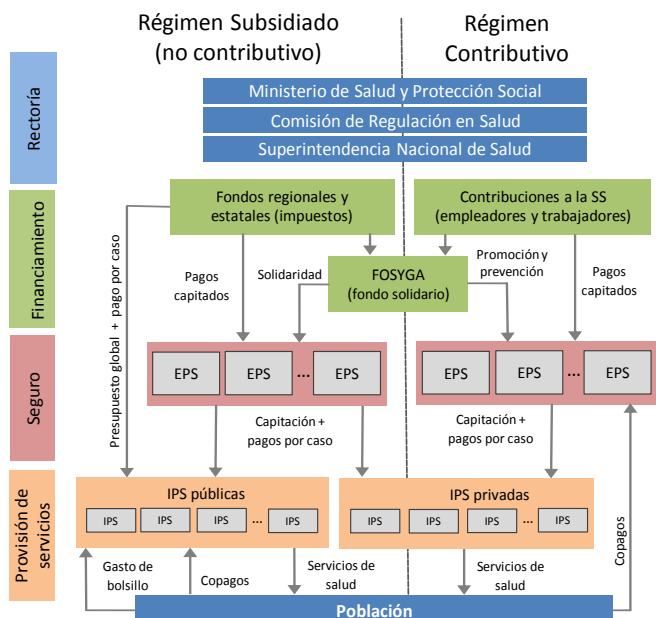
La creación de pisos de protección social
La seguridad social en acción:

Julio 2015

1. ¿Cómo funciona el sistema?

El sistema de salud colombiano se basa en el principio de la “universalidad”, lo que significa que todos los habitantes están obligados a afiliarse a uno de los dos regímenes de seguros existentes: un plan contributivo para los trabajadores asalariados e independientes con capacidad contributiva, o un régimen subsidiado (no contributivo) para los trabajadores asalariados de la economía informal e independientes de bajos ingresos.

SISTEMA COLOMBIANO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



Fuente: adaptado de Vargas et al, 2010.

Conjuntos de beneficios. Los afiliados, tanto al Régimen Subsidiado como al Contributivo, tienen derecho a iguales prestaciones. El Plan Obligatorio de Salud (POS) establece un único plan o paquete de servicios, compuesto de intervenciones dirigidas a la promoción de la salud, la prevención y la atención médica, incluidos los medicamentos para los afiliados y sus familias. El POS también incluye beneficios monetarios de licencia por enfermedad o maternidad. En su función de aseguradoras, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deben velar por que los habitantes puedan acceder a los derechos que les otorga el POS.

Financiamiento. El Régimen Contributivo se financia mediante las contribuciones obligatorias de los empleadores, trabajadores asalariados e independientes y los pensionados. Los participantes contribuyen según su capacidad contributiva. El Régimen Subsidiado se financia mediante impuestos y transferencias provenientes del Régimen Contributivo. El Estado transfiere un pago per cápita por la entrega del POS — llamado Unidad de Pago por Capitación (UPC) — a las EPS, según la cantidad de afiliados en cada EPS. Así, las EPS compiten entre ellas por la afiliación y para aumentar sus ingresos. Se creó el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) para brindar subsidios cruzados entre los regímenes y para financiar las intervenciones de promoción y prevención.

Aspectos legales. El sistema colombiano de seguridad social en salud fue creado en 1993, mediante la Ley 100. Con el correr del tiempo, se han realizado varias reformas para solucionar varios problemas. En 2007, se aprobó una reforma jurídica para mejorar las funciones de rectoría, el financiamiento, el equilibrio financiero, y la cantidad y la calidad de los servicios. En el 2011 se realizaron otras reformas para crear un POS único para todos los habitantes (el POS anterior proporcionaba menores prestaciones en el Régimen Subsidiado), alcanzar la cobertura universal y velar por la portabilidad territorial de los beneficios. En la actualidad, se están analizando reformas adicionales, un proceso que pone de manifiesto la divergencia de opiniones acerca del sistema de salud entre los actores sociales. La creciente judicialización del sistema es motivo de preocupación; la Corte Constitucional ha adoptado diversas resoluciones para garantizar que toda la población tenga acceso efectivo al POS.

Arreglos institucionales para la provisión de servicios. Las EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado compran los servicios a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), públicas o privadas. Los hospitales públicos se transformaron en empresas sociales del Estado con personería jurídica, capital social y autonomía administrativa. Así, el sistema cuenta con prestación de servicios de salud pública y privada. Un ente público denominado SuperSalud (Superintendencia Nacional de Salud) ejerce la regulación y supervisión de las aseguradoras y las prestadoras de salud. Solo quienes estén registrados en el SISBEN, un sistema de identificación de beneficiarios de programas sociales, tienen derecho a la cobertura no contributiva (Régimen Subsidiado).

2. ¿Cómo se logró este importante avance?

La situación actual del sistema de salud colombiano es el resultado de un largo proceso de importantes reformas estructurales lideradas por el Estado y que tiene promotores y detractores. Las reformas significaron el abandono o la transformación de las antiguas instituciones de seguro social. Uno de los temas más discutidos entre los actores es la importancia que se le otorga al sector privado en el nuevo modelo de competencia gestionada. Quienes se oponen a la participación privada en las funciones de provisión de servicios de salud y aseguramiento insisten que los costos de intermediación generados por las aseguradoras privadas (costos de intermediación financiera, ganancias excesivas, etc.) son muy elevados y que existen problemas causados por la falta de competencia, la baja calidad de los servicios y el rechazo de pacientes. Los defensores resaltan los resultados logrados hasta el momento: la fuerte

expansión de la cobertura, el aumento en la provisión de servicios de salud y el compromiso del Estado para financiar la salud de la población de bajos ingresos.

3. ¿Cuáles son los principales resultados en términos de impacto en la vida de las personas?

Resultados. Las altas tasas de afiliación (cobertura efectiva) logradas por el sistema colombiano de seguridad social en salud han tenido impactos positivos en el bienestar de la gente. Los gastos de bolsillo cayeron en forma drástica: del 43,7 por ciento del gasto nacional en salud en 1993, al 15,9 por ciento en 2011 (MSPS, 2014), lo que implica una considerable reducción de las condiciones de vulnerabilidad para muchos colombianos. Gracias a la fuerte expansión en el financiamiento, la totalidad del gasto en salud financiado mediante recursos públicos alcanzó el 73,8 por ciento en 2011 (MSPS, 2014), una de las tasas más altas de América Latina.

Impacto en la vida de las personas. Uno de los logros más notables de Colombia es la extensión de la protección de la salud y el acceso efectivo a los servicios de salud para las poblaciones rurales y más desfavorecidas. Existen diversos estudios que muestran que se ha producido un aumento importante del uso de los servicios de salud en las zonas rurales. Según cifras del Banco Mundial, desde la introducción de la reforma de la salud en 1993, la mortalidad materna e infantil se ha reducido en un 40 por ciento y la atención prenatal ha aumentado en 17 puntos porcentuales, con mejoras significativas en las tasas de inmunización en niños menores de dos años.



Impacto en la economía. Es un hecho reconocido que la inversión en el sector de la salud genera efectos multiplicadores y vínculos con otros sectores de la economía. Por ejemplo, el turismo médico es una industria creciente en Colombia, explicada por el aumento sostenido en la calidad de los servicios médicos.

4. ¿Cuáles son los principales desafíos?

A pesar de sus logros, el sistema colombiano de salud no está exento de problemas y críticas, que incluyen opiniones divergentes sobre el rumbo que deberían tomar las futuras reformas. Los siguientes son algunos de los numerosos desafíos que el país habrá de afrontar:

1. Conseguir el acceso universal a la protección de salud y equiparar el POS con eficacia en ambos regímenes.
2. Reducir las brechas en el acceso a la atención en salud, especialmente en las zonas rurales, mediante la provisión de suficientes trabajadores de la salud, con el fin de garantizar que todos quienes tengan necesidad de ello puedan acceder efectivamente a una atención en salud de calidad.
3. Incrementar la eficiencia y eficacia del sistema de salud en general.
4. Aumentar el alcance y la calidad de los servicios de salud y reducir el rechazo de pacientes por parte de las compañías aseguradoras.
4. Fortalecer el diálogo social como parte del modelo actual.
5. Aumentar la afiliación al Régimen Contributivo a fin de incrementar la sustentabilidad fiscal, mediante el aumento de las cotizaciones sociales.
6. Mejorar los datos de las cuentas nacionales de salud y la calidad de la información sobre la salud, para fortalecer la capacidad de supervisión, planificación y toma de decisiones por parte del Estado.
7. Mejorar los procedimientos para que los pacientes puedan apelar en casos de rechazo en los servicios médicos, con el fin de disminuir el uso de los mecanismos constitucionales.
8. Reducir los costos de intermediación generados por las Empresas Prestadoras de Salud.
9. Mejorar el marco normativo y aumentar la capacidad regulatoria del Estado.

REFERENCIAS

Agudelo, C. et al. 2011. "Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas", en *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 16, N.º 6, pp. 2817-2828. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/20.pdf>.

Castañeda, C. et al. 2012. *La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano: Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro* (Bogotá, Fedesarrollo). Disponible en: <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/La-sostenibilidad-financiera-del-Sistema-de-Salud-Colombiano-Libro-Sura-Final-20121.pdf>.

CEPAL. 2013. "Tendencias recientes del gasto social dentro del gasto público y del gasto de los hogares en salud", en *Panorama Social 2013* (Santiago). Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/51769/CapituloV.pdf>

Durán, J.; Uprimny, R. 2014. "La judicialización de la salud en Colombia: El desafío de lograr los consensos hacia mayor equidad y cobertura universal", en *Pactos sociales para una protección social más inclusiva: Experiencias, obstáculos y posibilidades en América Latina y Europa* (Santiago, CEPAL/Cooperación Alemana). Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/52951/PactosSocialesParaProteccionSocial.pdf>

OIT. 2014. Informe mundial sobre la protección social, 2014/2015. Hacia la recuperación económica, el desarrollo inclusivo y la justicia social (Ginebra). Disponible en: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowTheme.action?th.themeld=10>

MSPS. 2014. Cifras financieras del sector salud. Gasto en salud Colombia 2004-2011. Boletín Bimestral N.º 2, enero-febrero 2014 (Bogotá). Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/Cifras%20financieras%20del%20Sector%20Salud%20-%20Bolet%3ADn%20No%202.pdf>

Scheil-Adlung, Xenia. 2014. Universal Health Protection: Progress to date and the way forward. Documento 10. Documentos de Políticas de Seguridad Social (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/policy-papers/WCMS_305947/lang--en/index.htm

PNUD/OIT/Academia Mundial para el Desarrollo Sur-Sur. 2011. *Successful social protection floor experiences: Sharing innovative experiences*, Vol. 18 (Nueva York). Disponible en: http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/books-and-reports/WCMS_SECSOC_20840/lang--en/index.htm.

Vargas, I. et al. 2010. "Barriers of access to care in a managed competition model: Lessons from Colombia", en *BMC Health Services Research*, Vol.10 N.º 297, pp. 1-12. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/297>.

Este Informe fue producido por Fabio Durán-Valverde y revisado por Isabel Ortiz, Xenia Scheil-Adlung y Valerie Schmitt.

La editora de la serie es Isabel Ortiz, Directora del Departamento de Protección Social, Oficina Internacional del Trabajo (OIT). Para obtener más información, comuníquese con:

ortizi@ilo.org,

Visite nuestro sitio webnet:

www.social-protection.org



OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO

4, route des Morillons
1211 Genève 22
Suiza



www.facebook.com/SPplatform



www.linkedin.com/company/social-protection-platform



www.twitter.com/soc_protection



www.youtube.com/user/SPFinAsia

