

Sistema de Salud y Plan de Desarrollo: Cobertura y Equidad

Carlos A. Agudelo C.

Médico, Periodista. M. Sc. Salud Pública, M. Sc. Ciencias. Profesor Asociado. Instituto de Salud en el Trópico, Departamento de Salud Pública y Tropical, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Tel 3681486. Santafé de Bogotá.
E-mail: cagudelo@bacata.usc.unal.edu.co

RESUMEN

En el capítulo dedicado a la salud, el Plan de Desarrollo 1998-2002 presenta un conjunto de problemas y unas soluciones de tipo técnico y administrativo centradas en la viabilidad financiera del sistema. Deja de lado la dimensión estructural de los problemas que afectan al sistema de salud. Se examinan los componentes estructurales de los problemas de cobertura, equidad y el modelo de atención.

Palabras Claves: Plan de desarrollo, cobertura, equidad, modelo de atención, factores estructurales

ABSTRACT

Development plan and health system: coverage and equity

In the chapter devoted to health, the national development plan for 1998-2002 presents a set of problems and some administrative and technical solutions, focused on the financial viability of the health system. Nevertheless the plan let aside the structural dimension of the problems that affect the health system. In this paper we examine the structural components regarding the coverage, equity and service delivering.

Key Words: Development plan, coverage, equity, service delivering, structural factors

El Plan de Desarrollo "Cambio para Construir la Paz" (1) toca la salud como una herramienta para reconstituir el tejido social del país. Aunque la salud de la población está atada al desarrollo en todas sus dimensiones, cultural, social, económica y política, en el marco de un plan debe ser examinada como propuesta específica. El Plan de Desarrollo identifica un conjunto de problemas, de diferente tipo y jerarquía, en la implantación del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS. Al tiempo, ofrece un amplio menú de respuestas cuya preocupación central es la viabilidad financiera del sistema de salud. Curiosamente, antes que una condición de la formulación de políticas públicas, la viabilidad financiera se convierte en un fin, acompañada de respuestas aisladas de tipo técnico y administrativo. La dimensión estructural que debe articular, dar orden y sentido estratégico al diagnóstico y las propuestas, está ausente.

ASEGURAMIENTO Y COBERTURA

La implantación del SGSSS fue concebida como un proceso gradual a varios años. De 1994 a 1997 se produjo una intensa vinculación de la población al sistema de salud. A pesar de la carencia de información, puede intuirse que la población actualmente afiliada en el régimen contributivo es en gran parte aquella que se trasladó del anterior sistema, o sea del ISS, de los seguros y las Cajas privadas en las cuales tenían amparos parciales, de la medicina prepagada privada y, probablemente, incluye una fracción no cuantificada de personal de pequeñas empresas no aseguradas y de personas que no tenían ningún tipo de afiliación o cobertura. El régimen contributivo se expandió con base en población pobre (descontando las afiliaciones fraudulentas y los efectos de las distorsiones del SISBEN) que antes utilizaba los servicios del Sistema Nacional de Salud - SNS.

El Plan de Desarrollo plantea que la afiliación actual es del 57 % de la población del país, quizá basándose en la encuesta de calidad de vida de 1997 (2). Sin embargo, las cuentas de los afiliados, según el Ministerio de Salud, son las siguientes para 1998 (3):

Población total del país	41 956 032	
Total afiliados	20 297 694	(48,4 %)
Régimen contributivo	11 792 453	(28,1 %)
Régimen subsidiado	8 505 241	(20,3 %)
Población sin afiliar	21 658 338	(51,6 %)
(Aproximados)		
- Contributivo	3 207 547	(7,6 %)
- Población informal	12 500 000	(29,8 %)
- Pobres	5 950 791	(14,2 %)

La terminología actual, que asimila aseguramiento y cobertura, le ha agregado una dosis de confusión a la interpretación del proceso y los logros alcanzados. Consideramos la afiliación y el aseguramiento como sinónimos - la adscripción formal a uno de los regímenes, contributivo o subsidiado - mientras que la cobertura la referimos al número de personas según la variedad, tipo y costo de los servicios que reciben, afiliados o sin esta condición, y el acceso se determina por el uso efectivo de los servicios que se requieren. Es posible comparar la situación actual de la afiliación con la situación previa a la Ley 100, mas sólo en líneas gruesas debido a la precariedad de la información y al hecho de que los elementos de una y otra no son todos directamente comparables. Parece fuera de duda que la afiliación y el aseguramiento se han acrecentado de manera notable: de 25 % de la población (4), en el mejor de los casos, antes de 1993, se pasó a 48 % de la población. Así mismo, se han ampliado los servicios contenidos en el seguro. Estos dos aspectos, probablemente han mejorado el acceso, tanto en el régimen contributivo como con respecto a los tramos más pobres de la población en el régimen subsidiado. Sin embargo, en estas cuentas no se incluye la población que antes de 1993 utilizaba los servicios del SNS, quienes se consideraban automáticamente adscritos a tal Sistema y por tanto no se les aplicaban las figuras de afiliación ni de aseguramiento. Esta población usuaria del SNS osciló entre el 40 y el 50 % de la población total, si se toman en cuenta todas las modalidades de servicios, desde la visita de promotora, hasta la hospitalización de alta tecnología. O sea, que en términos de cobertura, el SGSSS en su fase actual es aún inferior a lo que se había logrado en el anterior sistema de salud, considerado en su totalidad, a pesar de que ahora gastamos mucho más.

El Plan de Desarrollo sugiere que el proceso de afiliación a los dos regímenes ha perdido dinámica y la propuesta para afrontar tal problemática, además de enunciar su disposición a controlar la evasión y la elusión, tiene dos ejes principales. El primero de ellos se refiere a la necesidad de asegurar a la población pobre que aún no está afiliada, lo cual podrá lograrse con los recursos que se liberen de la transformación de los subsidios a la oferta (centrados en la financiación de hospitales) en subsidios a la demanda. Se supone que estos recursos serán suficientes para afiliar a la población que aún no pertenece al régimen subsidiado (5,6), pero la transformación de estos subsidios marcha de manera muy lenta y los hospitales públicos autofinancian sólo el 31 % de sus gastos; adicionalmente deberá considerarse lo que se dejará de pagar por mantener el POS subsidiado con un valor inferior al del POS contributivo (aproximadamente 62 %), en la medida que el Plan anuncia el propósito de suspender la igualación de los dos planes en el año 2000, como obliga el artículo 162 de la Ley 100.

De otra parte, se proponen algunas alternativas para atraer a la población independiente renuente a afiliarse, e identificar a aquellos que pretenden recibir subsidio sin requerirlo. Así, se propone reducir la cotización de los independientes, tasándola con base en el 70 % de los ingresos, reducir el porcentaje de cotización o pagar el valor de la unidad de pago por capitación - UPC. Sería conveniente preguntarse si estas alternativas son atractivas para quienes prefieren la opción gratuita como vinculados. En el régimen subsidiado se utilizarán subsidios parciales acompañados de pago según la capacidad de las personas, pero si estas carecen de recursos se incorporarán sin costo, como ocurre actualmente con los vinculados, cuya experiencia es de demanda creciente, de tipo episódica, costosa e ineficaz. Como el Plan está centrado en la viabilidad y estabilidad financiera debe advertirse que esta diversidad de métodos de afiliación y de pago conllevará diferentes tipos de POS, ya que de otra manera las diferencias las terminarían pagando los cotizantes o los contribuyentes, o se requerirá una alta dosis de solidaridad que no es precisamente la virtud del Plan de Desarrollo.

El Plan de Desarrollo sugiere que ya se habría logrado la afiliación y la cobertura de toda la población si los subsidios de oferta se

hubiesen transformado en subsidios a la demanda, si la población del sector informal se hubiese afiliado y pagase así sea parcialmente su cotización, si no hubiesen evasión, elusión y prácticas fraudulentas. O sea, el sistema de salud universal sigue siendo factible desde el punto de vista financiero; los recursos están allí, pero donde no deben estar y se requiere canalizarlos de manera apropiada. En este sentido las principales restricciones se atribuyen a factores institucionales y administrativos, aspectos en los que las propuestas del Plan de Desarrollo resultan débiles en la medida que carecen de una perspectiva estructural y estratégica.

Este último asunto es de la mayor importancia. De tiempo atrás se ha reconocido que los servicios de atención no se comportan de manera normal como bienes económicos y que, en general, constituyen mercados imperfectos. Esto tiene consecuencias, ya que siendo posible organizar un mercado de servicios de salud, este tipo de mercado incide de manera parcial en el funcionamiento adecuado del sistema de salud en el cual tales servicios se inscriben, y está condicionado por factores no económicos que pasan a jugar un papel importante como facilitadores o como problemas. En el caso de Colombia, al SGSSS no le falta demasiado para lograr el mercado implícito en su diseño. Si, por ejemplo, se resolviese la actual relación de los servicios de salud con los hospitales públicos, que es considerada como un problema (7,8), en una perspectiva dura de mercado, esto contribuiría poco, en el corto y mediano plazo, a superar la insuficiente afiliación, como ya es evidente en las ciudades donde los hospitales se han transformado en Empresas Sociales del Estado.

En estos sentidos cobra valor el concepto de competencia regulada o administrada, como aspecto central y clave del SGSSS que se materializa en tres elementos: el Plan Obligatorio de Salud – POS, la UPC y el Fondo de Solidaridad y Garantía - Fosyga, complementados por las instituciones necesarias. Es más que el mercado con unas cuantas normas, ya que incluye el conjunto de aspectos económicos, la organización, las instituciones, la cooperación pública-privada y las dinámicas ciudadanas y culturales en construcción. Por esto, la competencia regulada como elemento real de un sistema concreto, no debe asimi-

larse a modelos analíticos y comparativos como el "pluralismo estructurado" (9), la "competencia estructurada"(10) y la "atención gerenciada" (11), como se indica en el Recuadro 1.

Una parte significativa de la problemática que nos impide lograr la universalidad puede ser examinada a luz de los aspectos no económicos que minan la competencia regulada y, que por tanto afectan al sistema de salud en el orden estructural. El primero de ellos consiste en que el diseño del sistema de salud optó por excluir la afiliación o aseguramiento universal, asimilándolas a la cobertura universal, con lo cual ambos procesos quedaron atados a un propósito mediato, en el rígido marco del esquema de viabilidad y estabilidad financieras. A esto deben agregarse la existencia de dos regímenes y planes obligatorios, uno de los cuales es discriminatorio, la autorización para operar de manera simultánea en el aseguramiento y la prestación de servicios, las dificultades institucionales, laborales y culturales para transformar los subsidios a la oferta en subsidios a la demanda, la especialización de instituciones en la atención a ricos y pobres, o en el uso de bajas complejidades tecnológicas más rentables frente a la alta tecnología de los hospitales públicos en crisis lo que a su vez genera selección adversa de la población que requiere la atención más compleja y costosa, la ausencia de libre elección de los prestadores de los servicios, el deterioro de la calidad de la atención para elevar el margen de rentabilidad, las cargas prestacionales sin respaldo, y los aspectos que se dejan con frecuencia de lado, pero no por ello menos determinantes, como el entorno y el clima que se requieren para la implantación de la reforma. Hoy ambos son adversos: creciente desconfianza de diversos agentes del sistema, de afiliados y de los usuarios, resistencia al cambio, intereses y prácticas financieras inapropiadas, desviación de recursos a favor de intermediarios financieros, costos crecientes y sobrefacturación, escasa institucionalidad gerencial, conflictos gremiales y sindicales, paros y crisis hospitalaria, factores que son poco estimulantes para el crecimiento sostenido de la afiliación y la cobertura.

Todas estas circunstancias y dificultades, que resultan de los cinco años de experiencia del nuevo sistema de salud, exigen repensar el proceso de manera más integral, con base en los elementos centrales: mercados imperfectos, situación global de factibilidad económica,

factores institucionales, legales, laborales y culturales. Así mismo, invitan a reflexionar sobre los modelos que permiten un manejo más adecuado de este conjunto de factores, comenzado por el seguro de salud público, universal y único, fundamentado en la competencia regulada. En su momento, el Ministerio de Salud propuso un seguro universal de salud de este tipo, atado a una cobertura progresiva, con un esquema de financiamiento mixto, un Fondo de Redistribución y Solidaridad, un plan único de atención nacional (adaptado a escala regional), descentralizado y con un sistema sencillo de entidades aseguradoras y prestadoras de salud (12-14). Probablemente, otra sería la situación actual con un sistema de este tipo.

Recuadro 1. Modelos analíticos y sistemas de salud

Los sistemas de servicios de salud no son reproducibles en la medida que hacen parte de la estructura social y cultural que identifica a una nación. Sin embargo, son fuente de experiencias que permiten identificar alternativas y caminos de desarrollo (14,19). Los modelos analíticos son construcciones teóricas y metodológicas que se apoyan en los aspectos comunes y las diferencias que pueden existir entre conjuntos de sistemas de salud reales con fines de clasificación, comparación, evaluación y similares.

El “pluralismo estructurado” es un modelo analítico que clasifica los sistemas de salud de acuerdo con las funciones especializadas que deben cumplir los actores en el sistema de salud y la morfología de este sistema (9). Más de un sistema real podría compartir algunas de estas características. La “competencia estructurada” intenta regular el mercado manteniendo la vigencia de la competencia y de los precios (10). Corresponde más claramente a la experiencia norteamericana circunscrita a las Health Maintenance Organizations – HMOs. La “atención gerenciada” se refiere a la provisión de servicios de atención bajo el control administrativo de grandes organizaciones privadas que utilizan sistemas de pago basados en la capitación. Usualmente se organizan como empresas de seguros privados (Aetna, CIGNA, Principal Financial Group, American International Group, EXXEL), cuya difusión más importante se ha dado en países como Argentina, Brasil, Chile y México (11).

Ninguno de estos tres modelos tiene como centro la competencia regulada, de la manera como se ha puesto en práctica en Colombia. Los dos últimos modelos no son siquiera compatibles con la competencia regulada.

EQUIDAD

El Consejo Nacional de Planeación en su revisión crítica del Plan de Desarrollo (15) considera, en un breve comentario, que el principal esfuerzo en la búsqueda de equidad se debe centrar en el logro de la afiliación masiva a una seguridad social de calidad, y estima que la distribución de la salud será inequitativa mientras haya diferencias en la nutrición, en el ambiente, y se den condiciones inseguras de trabajo.

Ciertamente, la universalidad del sistema de salud es una de las bases de la equidad, y la distribución de los servicios de atención está parcialmente ligada a la distribución de otros bienes sociales y colectivos. Pero no es indiferente para la equidad interna del sistema de salud o su efecto sobre la distribución de los ingresos y la equidad general, lo que se haga o se deje de hacer en el propio sistema de salud.

En Colombia, se ha logrado establecer que el gasto social como transferencia promueve la equidad y reduce la pobreza dependiendo de su magnitud y progresividad. Desde la década de los 60 el impacto total del gasto público social en el coeficiente Gini ha sido de 0.041 (16,17). De otra parte, se ha establecido que hasta 1992 el gasto público social en salud aportó el 25 % del impacto redistributivo total. De esta manera, parece evidente que el anterior Sistema Nacional de Salud, pese a su fragmentación y desigualdades con respecto al acceso y utilización de los servicios, tuvo un impacto positivo en la equidad social.

No hay aún información disponible para estimar el impacto de la reforma de la salud en el corto plazo sobre la equidad, dentro del propio sistema y sobre la distribución de ingresos. Sin embargo, es posible señalar el sentido en que operan algunos de los procesos actuales. Sin duda contribuyen favorablemente a la equidad el incremento de la afiliación y del acceso, la solidaridad dentro del régimen contributivo y de este con respecto al régimen subsidiado, así como los aportes para promoción, prevención, incapacidades y maternidad, que revierten sobre la población pobre o sobre toda la población. Igual papel cumplen los aportes nacionales, departamentales y municipales al ré-

gimen subsidiado que redistribuyen recursos fiscales, y los aportes de las Cajas de Compensación familiar al mismo régimen.

Por lo contrario, los diferentes POS pueden operar como una primera fuente de deterioro de la equidad. Los distintos sistemas de afiliación, de cotización y de pago propuestos darán lugar a nuevos planes de atención minando el contenido del POS, con lo cual, por la vía perversa del deterioro de la calidad y el acceso, se abrirán nuevos espacios a los planes complementarios (segunda fuente de iniquidad). Esto, a su vez, estimulará un mayor gasto de los sectores más pobres (tercera fuente de iniquidad) agravando el problema que se quiere resolver.

Por último las diferencias regionales en términos de afiliación, cobertura y acceso son reconocidas y notables.

Todos estos aspectos son de tipo estructural e inciden de manera diferente a aquellos que se han generado en el proceso de implantación de la reforma como el desconocimiento de los derechos, la insuficiente información, la evasión y la doble afiliación. En realidad, hoy estamos sufriendo los efectos de los componentes inequitativos en el diseño del sistema de salud y su preferencia por las grandes ciudades. Desdichadamente, el Plan de Desarrollo no se refiere a la equidad como problema y más bien aporta elementos que pueden deteriorarla.

MODELO DE ATENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

El Plan de Desarrollo sostiene que “La Ley 100 cambió radicalmente la forma de suministrar los servicios de salud, pasando de un sistema asistencialista a uno basado en el aseguramiento...”, pero también asistencialista. El Sistema de Seguridad Social en Salud conserva la vocación curativa, con énfasis en la atención médica y hospitalaria, del anterior sistema. Aunque no de manera exclusiva, es un seguro centrado en la atención de la enfermedad, tanto en el diseño, como en la práctica y en la experiencia. Así, por ejemplo, el 0,5 % de las cotizaciones que debe pasar a la subcuenta de promoción, se tradujo en

recursos del orden de \$ 32 430 millones para 1998, de los cuales se ejecutaron sólo el 16 % (3).

Si bien es cierto que la inclusión de recursos para promoción y prevención en la Ley 100 es un hecho positivo, tales recursos siguen siendo pequeños y el enfoque curativo sigue siendo predominante. Al punto que las Empresas Promotoras de Salud- EPS, pueden comprender la alternativa teórica de que es posible aumentar el margen de rentabilidad reduciendo costos de atención por medio de la prevención y la promoción, pero el esquema de invertir ahora en tales campos para obtener hipotéticos beneficios en el mediano y largo plazo, no encaja del todo en su sistema contable.

El SGSSS se encuentra tan lejos de un enfoque sólido de promoción y tiene un enfoque de prevención tan débil como el anterior Sistema Nacional de Salud. O incluso más lejos y débil, ya que no recogió la experiencia previa y, actividades y áreas completas que antes se llevaban a cabo, como la vacunación, se abandonaron o se perdieron al pasar de la Atención Primaria al Plan de Atención Básica - PAB. Sólo hasta hace pocos meses, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, estableció el obligatorio cumplimiento de actividades preventivas y de atención de enfermedades de interés en salud pública (18)◆

REFERENCIAS

1. Departamento Nacional de Planeación. Cambio para construir la paz. 1998-2002. (Versión aprobada por el Congreso de la República). Santafé de Bogotá;1999.
2. DANE. Encuesta de Calidad de Vida. Colombia;1997.
3. Ministerio de Salud. Dirección General de Gestión Financiera. Fondo de Solidaridad y Garantía. Informe anual sobre la administración y control integral-vigilancia 1998. Santafé de Bogotá D.C.;1999.
4. Jaramillo I. El futuro de la salud en Colombia. Cuarta Edición. FESCOL. FES.FRB.Fundación Corona. Santafé de Bogotá;1999.
5. Pérez FC. La autofinanciación de los hospitales públicos. Revista Vía Salud. No. 2, Septiembre de 1997.p. 4.
6. González JI, Pérez FC. La transición de los hospitales públicos de Colombia hacia la financiación por venta de servicios 1993-1995. Coyuntura Social No. 16;1997.

7. Fedesarrollo. Coyuntura social No. 18;1998: 43-50.
8. González JI, Pérez FC. Salud para los pobres en Colombia: de la planeación centralizada a la competencia estructurada;1998:149-171
9. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*;1997:41.
10. Enthoven A. The history and principles of managed competition. *Health Affairs*;1993:12.
11. Stocker K, Waitzkin H, Iriart C. The exportation of managed care to Latin America. *N. Engl. J. Med.*; 1999.340 (14):1131-1136.
12. Ministerio de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo del sistema de Salud en Colombia. Serie Debate No. 1. Santafé de Bogotá; 1991.
13. Ministerio de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo del sistema de Salud en Colombia. Serie Debate No. 2. Santafé de Bogotá; 1991.
14. Cárdenas ME, Olano G, coords. Reforma de la seguridad social en salud. Santafé de Bogotá. Fundación Friedrich Ebert de Colombia - FESCOL, Fundación para la Educación Superior, Fundación Corona, Fundación Restrepo Barco;1992.
15. Consejo Nacional de Planeación. La casa de la diversidad. Una sociedad plural interpela al plan Cambio para Construir la Paz. Consejo Nacional de Planeación, Tercer Mundo Editores. Santafé de Bogotá;1999.
16. Vélez CA. Gasto social y desigualdad. Logros y extravíos. Santafé de Bogotá. Departamento Nacional de Planeación. Misión Social;1996.
17. Sanchez F, comp. La Distribución del Ingreso en Colombia. Santafé de Bogotá. Tercer Mundo Editores, Departamento Nacional de Planeación; 1998.
18. Consejo Nacional de Seguridad social en Salud. Acuerdo 117 de diciembre 22 de 1998.
19. Agudelo C. Algunas experiencias de seguridad social en salud. Instituto Nacional de Salud. Instituto de Salud en el Trópico. Universidad Nacional de Colombia. Santafé de Bogotá;1993.