

Enero de 2023

¿ES NECESARIO UN CAMBIO DE SISTEMA O UNA REFORMA AL ACTUAL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD?

José María Maya, MD.

Decano Ciencias de la Vida, Universidad EIA.

Colombia consciente de la grave crisis de su seguridad social y de la baja cobertura y calidad de su sistema de salud, el 28 de diciembre de 1993 aprobó una nueva ley de seguridad social (ley 100 de 1993), la cual contemplaba una audaz reforma de salud como uno de sus elementos centrales, con el fin de lograr la universalización de la cobertura en condiciones de equidad y eficiencia.

En sus 27 años de desarrollo, el sistema de salud ha logrado importantes progresos en cobertura, equidad, nivel de salud, protección financiera, entre otros. Hoy es cuestionado por algunos de sus problemas y empieza a plantearse una nueva reforma en la agenda pública del nuevo gobierno. Pensar en un cambio del sistema de salud o en una reforma debe velar por preservar las fortalezas e intervenir las debilidades, esto requiere de un análisis técnico y objetivo del funcionamiento y los resultados obtenidos. El análisis serio de sus problemas debe diferenciar aquellos inherentes al diseño de sistema, de los imputables a las dificultades y trastornos surgidos en su implementación. El sistema es una experiencia significativa que permite ilustrar las bondades de la mancomunación de fondos y la extensión de un seguro de salud a toda la población, tal como lo recomendaron expertos en sistemas de salud como A. Mills¹ y la Organización Mundial de la Salud – OMS –.

ACIERTOS DEL SISTEMA IDENTIFICADOS

1. Dar el salto de un sistema de salud mixto y fragmentado que había fracasado, a un **sistema de seguridad social en salud al interior de un sistema de Seguridad Social Integral.**

¹ (Mills, A. (2011). *Health Systems in low – and middle- income countries. En: The Oxford Handbook of Health economics. Oxford university press*

2. **Incremento sustancial de la cobertura del sistema.** En 1990 solo el 15.7% de la población estaba asegurada, en la actualidad la cobertura ha alcanzado alrededor del 97% de la población. Este avance se explica principalmente por la afiliación al régimen subsidiado.
3. **Mayor equidad en la prestación de servicios** al unificar los planes de beneficios, independiente del aporte de cada ciudadano y el haber consagrado que los pagos moduladores estuvieran en directa relación con la capacidad económica de los usuarios evitando barreras económicas al acceso de los ciudadanos. Se ha logrado mejorar el acceso real a los servicios de salud, representado en el incremento sustancial del número de consultas y hospitalizaciones de la población más pobre. El régimen subsidiado permitió que se impactara positivamente la distribución del ingreso en Colombia medido a través de coeficiente Gini (pasó de 0,56 a 0,52 en los primeros 5 años de la reforma)².
4. **Mejoramiento de la oportunidad y satisfacción de los usuarios.** Las encuestas de calidad de vida muestran que el mejoramiento del acceso se acompaña de mejores niveles de oportunidad y satisfacción con los servicios. Los estudios demuestran que, a pesar de las dificultades para acceso en algunas regiones del país, los ciudadanos más pobres perciben un mejoramiento real en la atención en salud. Tanto en grandes ciudades como en regiones apartadas, la población ha valorado los efectos positivos del aseguramiento social sobre el equilibrio de la estructura financiera de las familias.
5. **Incremento del componente de solidaridad para la financiación del sistema.** Para el financiamiento del régimen subsidiado ha sido importante el aporte del 1% de la cotización de los afiliados al régimen contributivo.
6. **Mayor compromiso de la sociedad con el financiamiento de la salud de la población.** Colombia destinó en el 2015, alrededor del 7.2% del PIB para salud, pero ha tenido oscilaciones importantes en este esfuerzo fiscal. En 1997 llegó a destinar el 8.96% .³
7. **Reducción de las brechas de inequidad.** El gasto de bolsillo en salud ha disminuido del 43% del gasto total en 1995, hasta el 14%. Este proceso ha representado grandes avances sociales y ubica a Colombia como un caso significativo para la protección social en salud; coherente con ello el gasto en salud por parte de los hogares cumple con los parámetros aceptables por la OMS.

² (Fundación Corona (1998).

El Sistema de salud en Colombia: evolución, situación actual y perspectivas. Bogotá. Grafos Ltda.

³Banco Mundial (2016). *Gasto en salud total (% del PIB)*. Recuperado de <http://www.bancomundial.org/indicadores/SH.XPD-TOTL.Zs>) y (Londoño JL (2003). *Logros del sistema de salud colombiano. Evidencia e interpretación. Revista facultad nacional de salud pública 21 (1) En - Jun.*

8. **Reducción del gasto catastrófico.** Los índices de gasto catastrófico, que miden la participación relativa del gasto en salud sobre el ingreso de las familias, indican que el esquema de aseguramiento social adoptado en la reforma logró reducir muy rápidamente la fracción de gasto en salud del gasto global de los hogares, posibilitando así un efecto de conservación del ingreso a las familias, derivado del menor gasto catastrófico.
9. **Mejoramiento sustancial de los indicadores en salud.** El país ha logrado avances importantes en el crecimiento de la expectativa de vida y la reducción de la mortalidad. Los cambios más relevantes están relacionados con decrementos en la mortalidad neonatal e infantil. El Banco Mundial estima la tasa de mortalidad infantil ajustada para 2015 en 15 muertes por 1.000 nacidos vivos mientras que para 1990 ese indicador se estimaba en 29 por 1.000. Todas estas variaciones son consistentes con una reducción general de la mortalidad .⁴

ALGUNOS DESACIERTOS EN SU DISEÑO

1. **Deterioro de los programas de salud pública.** Dualidad en el manejo de los recursos destinados a promoción y prevención, lo que llevó a su escaso desarrollo.
2. **Indefinición en los roles del sistema.** Falta de claridad en la definición de los roles y las relaciones entre administradores de planes de beneficios EPS y prestadores IPS, lo cual ha llevado a múltiples problemas entre los actores del sistema, por la posición dominante de los primeros, con perjuicio de los que tienen una posición más débil en este mercado regulado.
3. **Problemas de estimación de la Unidad de pago por capitación – UPC –.** Falta de claridad normativa en el mecanismo para calcular la UPC, lo cual genera anualmente una gran incertidumbre.

ALGUNOS DESACIERTOS EN SU IMPLEMENTACIÓN

1. **Problema en el manejo de la competencia regulada.** Fue una novedad institucional aportada por el sistema de seguridad en salud colombiano.
2. **Carencia de un buen sistema de información de cobertura nacional.** El sistema actual se genera dificultad en el control de la evasión, la elusión y doble afiliación; además, no contamos con una historia clínica electrónica única, lo cual dificulta el proceso de atención integral a los usuarios, la transferibilidad de sus derechos y atenciones, y el control que evite la duplicidad.
3. **Desarrollo de monopolios promotores con posición dominante.** Se ha generado un desbalance nocivo entre los actores que ha puesto en riesgo la supervivencia de muchos prestadores y ha generado un problema importante en el flujo de recursos.

⁴ Banco Mundial, 2016.

4. **Limitación de la libre elección y confusión de roles.** Uno de los cambios perseguidos en la reforma consistía en la separación de funciones de aseguramiento, prestación y dirección-control. Sin embargo, desvirtuando este criterio, el proceso de implementación ha permitido la convivencia de roles y funciones en los actores, generando espacios de confusión que han amenazado los objetivos de eficiencia y calidad.
5. **Deficiente funcionamiento y desaparición de dos entes importantes en la orientación estratégica y la conducción del sistema:** el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS – y la Comisión de Regulación en salud – CRES –.
6. **Deficiente control al desempeño de los actores.** El organismo encargado de ejercer las funciones de Inspección, vigilancia y control – IVC –, la Superintendencia Nacional de Salud – Supersalud –, además de altamente centralizada, no ha podido cumplir una buena función con un enfoque moderno proactivo. Es solamente reactiva, lo cual ha posibilitado que los actores incumplan las normas sin temor ni reato por la intervención y sanción.
7. **Dificultades para igualar la UPC y el plan de beneficios en los dos regímenes** asociadas a la corrupción y politización del régimen subsidiado.

CONCLUSIÓN

El reconocimiento de los aciertos y las lecciones que hemos aprendido de este intento con buena dosis de originalidad, que el país ha realizado para avanzar en el logro de un sistema de salud universal, equitativo, eficiente y a unos costos que la sociedad colombiana pueda soportar, es fundamental para no hacer un “borrón y cuenta nueva” que destruya lo que hemos logrado y genere un caos en un sistema que ha sido reconocido por la OMS y otros organismos internacionales, como un interesante modelo del que hay que aprender. El regreso al pasado (sistema nacional de salud) no es posible ni conveniente y marcaría un retroceso en los grandes avances logrados.

La reforma de salud que el país quiere emprender debería partir de los logros que ha obtenido en el desarrollo de su sistema, poniendo el foco en abordar los problemas que subsisten y requieren intervención del Estado con apoyo de la sociedad en su conjunto. Centrémonos en los problemas que enfrenta el sistema y busquemos superarlos con creatividad, decisión, criterio técnico y no político y participación de la sociedad colombiana.