

SITUACIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN COLOMBIA: Revisión de Algunas Investigaciones

SITUATION OF ASSURANCE IN COLOMBIA: Review of Some Research

Juan Carlos García-Ubaque¹, Daiana Herrera²

1. Médico, Magíster en Salud Pública. Doctor en Salud Pública (c). Profesor Asociado Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. jcgarciau@unal.edu.co
2. Enfermera, Especialización en Alta Gerencia del Sistema de Seguridad Social en Salud ESAP.

Recibido: 24 de agosto de 2008. **Aceptado:** 11 abril de 2009.

RESUMEN

Con la reforma en el sector salud puesta en marcha a través de la Ley 100 de 1.993 se generaron cambios sustanciales en el manejo del sistema. Uno de los aspectos que ha desatado un gran número de investigaciones ha sido el aseguramiento, ya que se pretendía la cobertura total de la población para el año 2.001 y al no lograr dicha meta se han buscado las causas y los posibles puntos de mejoramiento de la estrategia.

Por medio de esta revisión de las investigaciones se pretende aportar una visión clara de la situación del aseguramiento en salud en Colombia entre 1.996 y 2.005.

Por lo tanto se presentan los resultados obtenidos de dicha revisión, los puntos de discusión, las conclusiones y las recomendaciones.

Palabras claves: Revisión, Salud, Reformas, Colombia (fuente DeCS, BIREME)



Rev.salud.hist.sanid.on-line 2009;4(2): (mayo-agosto)

www.histosaluduptc.org

ABSTRACT

With the reformation in the sector on health in march through the Law 100 of 1.993 substantial changes were generated in the system handling. One of the aspects that has untied a great one numbers investigations it has been the insurance the population's total covering it was already sought for the year 2.001 and when not achieving this he enters they have looked for the causes and the possible points of improvement of the strategy.

By means of this it puts analysis it is sought to contribute a clear vision of the situation of the insurance in health in Colombia among 1.996 at 2.005.

Therefore the obtained results of this revision, the discussion points, the conclusions and recommendations are presented.

Key words: Review, Health, Reform, Colombia. (source: MeSH, NLM).

Para el éxito de una reforma en salud, es importante tener en cuenta la siguiente definición de Cassels: “Actividades que buscan cambiar las políticas sanitarias y las instituciones a través de las cuales éstas se ponen en práctica”¹. Esto precisa una gran cohesión entre todos los actores del sistema, máxime cuando en general “Este tipo de reformas ha nacido bajo la necesidad de mejorar la equidad en el acceso, la cobertura en la utilización y calidad de los servicios, además de mejorar la eficiencia de los sistemas de salud”².

Por esto en un sistema de salud moderno es posible distinguir, en principio, tres funciones esenciales:

- Financiamiento
- Aseguramiento
- Prestación de Servicios

Una de las definiciones del aseguramiento nos dice que este se encuentra: “Constituido por la toma de fondos de los individuos por parte de unos agentes aseguradores con el fin de garantizar unos servicios de salud presentes o futuros”³.

En general, los aseguradores tienen como función esencial convertirse en intermediarios activos entre los consumidores y los prestadores (función de articulación), teniendo por tanto la responsabilidad de aglutinar la demanda de los consumidores finales y de lograr, por esta vía, maximizar su capacidad de negociación frente a los prestadores, obteniendo así servicios con altos niveles de calidad y oportunidad y a precios que resulten benéficos para ellos.²



En este aspecto se convierte en eje central de la discusión la posibilidad o no de poder efectuar un proceso de libre elección por parte de los usuarios del servicio, al respecto existen dos maneras distintas de relacionar a la población con los aseguradores: la voluntaria y la obligatoria, no obstante puede llevarse a cabo un proceso de escogencia del asegurador por parte del individuo y a la vez es posible que éste ofrezca redes de servicio definidas (integradas o no), caso en el cual la libertad de elección del consumidor final no será efectiva, puesto que se restringe en lo correspondiente a los prestadores; En cambio si la política del asegurador permite la elección del prestador, definiendo un método de pago que le resulte apropiado, se considera que esta posibilidad de escogencia es real.

Con la expedición de la ley 100 de 1993, que transformó el Sistema Nacional de Salud en Colombia a un Sistema General de Seguridad Social en Salud, se dio un viraje que se ha acompañado de serias dificultades que aún en la actualidad, después de más de una década de funcionamiento, se han convertido en factores condicionantes de su desarrollo y éxito; Uno de los aspectos que ha generado más inquietudes es el aseguramiento universal, ya que después de la implementación de la reforma, cuya ley de origen establece, como uno de sus fundamentos, la cobertura total de los servicios de salud para todos los colombianos, independiente de su capacidad de pago, aún no se ha logrado.

La preocupación por encontrar las causas de las debilidades del sistema ha contribuido al desarrollo de muchas investigaciones realizadas por organismos idóneos en el tema que apuntan a identificar los verdaderos problemas. En consecuencia, en el momento existen múltiples diagnósticos parciales que no permiten tener una visión clara frente a la situación del sistema de salud en el país.

El objetivo principal de este estudio es reconstruir la información de los principales estudios efectuados con el fin de dimensionar la situación del aseguramiento en salud en Colombia, teniendo en cuenta sus tres funciones básicas:

- Afiliación
- Recaudo-compensación
- Garantía de atención y de calidad.

METODOLOGÍA

Este estudio es de tipo descriptivo y analítico, en el mismo se recogen los datos fundamentales de las investigaciones realizadas sobre el aseguramiento de la salud en Colombia después de la



reforma de 1993, para tal fin y dado que se tenía interés en el documento base y no en la publicación de la síntesis, se recurrió a las bibliotecas del Ministerio de Protección Social –Programa de Apoyo a la Reforma- y del Departamento Nacional de Planeación, quienes han sido los mayores financiadores de esta clase de investigaciones, igualmente se consultaron las bibliotecas y los departamentos relacionados con el tema, de las Universidades de Bogotá que tienen áreas dedicadas a este tipo de estudios, se utilizó un muestreo simple aplicando los siguientes criterios de selección:

Principales

- Publicaciones realizadas entre 1996 y 2005.
- Descripción general del funcionamiento del Sistema.
- Confiabilidad en los datos presentados.
- Reconocimiento de la entidad que realiza el estudio.

Particulares

- Precisión en la definición del objetivo en la publicación.
- Desarrollo del concepto de aseguramiento en salud.
- Evaluación de resultados en términos de los procesos de afiliación, recaudo-compensación y garantía de atención.
- Presentación de propuestas de mejora.

Se encontraron casi 30 estudios que cumplían los requisitos principales y sólo 10 que cumplían los particulares, estos últimos fueron los que se incluyeron y analizaron en este trabajo y son:

1. Magnitud y características de la evasión y elusión en el sistema general de seguridad social en salud e implicaciones para el desarrollo del sistema en el distrito capital. Realizado por contratación con S.E.I. S.A., Sistemas Especializados de Información S.A. y Econometría Consultores. Bogotá, D.C. 1999.
2. Análisis de implementación de la política de aseguramiento subsidiado en Colombia, Bogotá, abril de 2001. Cendex.
3. El sistema subsidiado de seguridad social en salud. Bogotá junio de 2001. Fedesarrollo.
4. ¿Por qué no se logra la cobertura universal de la seguridad social en salud? Bogotá. 2002 Fedesalud.
5. Régimen Subsidiado de Salud en Colombia: Evaluación y propuestas de ajuste. Cendex. Bogotá 2002.
6. Entorno, Aseguramiento y Acceso en el Régimen Subsidiado en Colombia. Seis estudios de Caso. Cendex. Bogotá. 1999.
7. ¿Qué opinan diversos actores del sector salud frente a las reformas de la ley 100 de 1993? Assalud. Bogotá.



8. Equidad en el sector salud: Una mirada de diez años. CEDE- Universidad de los Andes, Centro de Gestión Hospitalaria. Bogotá. 2002.
9. Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos públicos y privados encargados de la afiliación, pago y recaudo de aportes al sistema. Volumen I. Propuestas de reestructuración. Unión Temporal Bitrán Asociados, ESAP y Econometría Consultores. Bogotá junio de 2002.
10. Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos públicos encargados de adelantar las funciones de financiación, aseguramiento y prestación de servicios en el régimen subsidiado. Volumen I, II, IV, Facultad de ciencias económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2002.

Como ya se mencionó fueron tres los ejes de análisis: afiliación, recaudo y compensación y garantía de atención y calidad, en cada uno de los estudios se buscaron y sintetizaron los hallazgos y las conclusiones más relevantes para cada uno de los campos.

Posteriormente se efectuó una reflexión y análisis por parte de los autores, comparando y contrastando la información obtenida y extractando lo que se consideró como lo más significativo, generando así un panorama de la situación de aseguramiento en Colombia.

RESULTADOS

Ninguno de los estudios abordó con exclusividad y por ende con gran profundidad el tema del aseguramiento, aspecto muy curioso ya que la universalización del mismo, siempre ha sido considerado uno de los ejes fundamentales de la reforma; A continuación se presentan los principales hallazgos, descritos en cada una de las tres categorías seleccionadas:

1. AFILIACIÓN:

Cobertura total: El 100% de los estudios coincide en señalar que la cobertura universal de afiliación, propuesta para el 2001, no se alcanzó ni siquiera en el 2005, tal como se evidencia en el gráfico 1.

Gráfico 1. Cobertura del Régimen de Salud en Colombia 2005



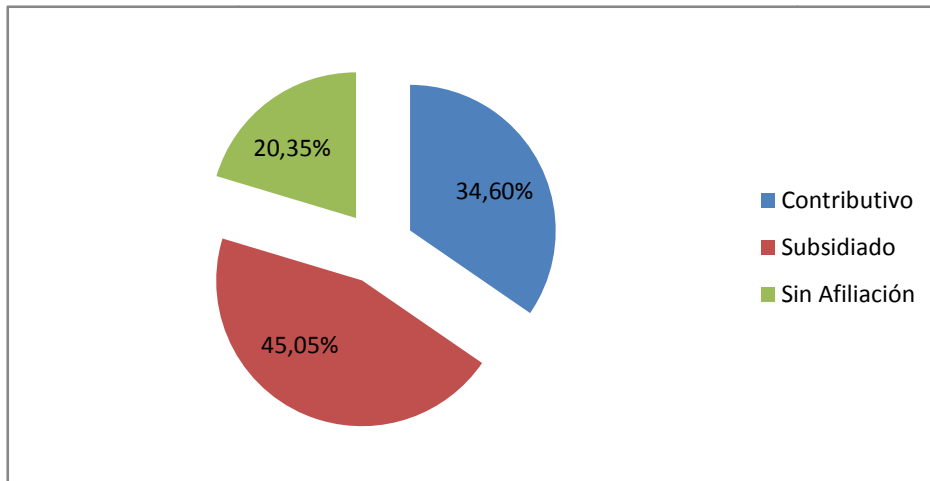


ISSN 1909-2407



Grupo
Salud
Pública

Salud
Historia
Sanidad
Revista on line



Fuente: Elaboración de los autores

Esta disparidad no se presenta solo entre el número de afiliados, también ocurre, y quizá es mas grave, en los planes de beneficios, es decir en los servicios efectivamente recibidos por cada uno de los grupos poblacionales.

Según los estudios revisados, la cobertura se ha visto condicionada por los siguientes factores:

- El déficit fiscal: destacado en el 40% de los estudios.
- El desempleo: señalado en 30% de los estudios.
- La pobreza; el cambio de estado benefactor a regulador y las características epidemiológicas y geográficas: mencionadas cada una en el 10% de los estudios.

No obstante, desde el año 2000 aparece como relevante el hecho que los departamentos y los municipios con más recursos propios, han afiliado al régimen subsidiado cerca del 90% de la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI), a diferencia de las zonas más pobres que muestran tasas de afiliación de alrededor del 30%.

También debe mencionarse que contrario a lo esperado por los autores, los análisis se dan casi en forma exclusiva alrededor de las formas de incrementar la afiliación al régimen subsidiado, el cual está destinado a la población pobre y sin capacidad de pago, por lo que el actual Gobierno Nacional baso su actividad en aumentar las coberturas del régimen subsidiado, contrariando lo que señalaban algunos de los autores, que insistían en la necesidad de trabajar alrededor del cómo fortalecer el desarrollo, la integración y el aporte de las personas al régimen contributivo, que es donde están las



Rev.salud.hist.sanid.on-line 2009;4(2): (mayo-agosto)

www.histosaluduptc.org

6

personas asalariadas o con capacidad de pago, es decir que en nuestro medio la discusión todavía no gira alrededor de cómo superar la pobreza, para que las personas puedan contribuir eficazmente a la construcción social.

Focalización: Los análisis suelen girar en torno al Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN), que es el instrumento avalado legalmente para la selección de la población pobre, vulnerable y beneficiaria de programas sociales. Hecho que permite ejecutar la denominada política de focalización del gasto a nivel territorial.

El 60% de los estudios revisados coincide en afirmar que la aplicación de este instrumento no ha sido suficiente para determinar el grado de pobreza, porque: “Se ha visto que fue utilizado para retribuir favores políticos, brindándole el beneficio a los familiares de sus colaboradores. Igualmente después de su aplicación carece de mecanismos de control, de actualización de la información y de cruce de la misma”.⁵

Llama la atención que la población denominada “vinculada”, es decir aquellos que aún no se encuentran afiliados ni al régimen contributivo, ni al subsidiado, aparecen en forma recurrente en los análisis, cuando sólo se han propuesto para ellos los denominados “subsidios parciales”, sin que se hayan efectuado análisis profundos acerca de su número, de la forma en que acceden a los servicios y del costo de los mismos, etc. Y más aún, que después de implementarse esta política tampoco haya revisión de sus resultados.

Sistema de Información: Según el 60% de los estudios, uno de los principales factores que condiciona el desarrollo de todo el Sistema de Salud, es la información, pues de ella depende la acción coordinada de los actores sectoriales en pro del beneficio social.

Por esto casi la totalidad de los estudios coincide en señalar como gran debilidad el que todavía no exista un sistema único de información de afiliados debidamente actualizado y que pueda ser consultado en forma continua.

Sin embargo es interesante el que a pesar de que se señala como riesgo importante la multifiliación, no se estudie con profundidad el hecho de que dada la complejidad del diseño, el problema en este campo puede ser estructural y por tanto puede haber intereses en torno a que no se alcance la simplicidad necesaria para garantizar el acceso pleno a la información.

2. RECAUDO –COMPENSACIÓN



Evasión y elusión: Señalan los estudios que la falta de articulación entre los procesos y la ausencia de un sistema de información bien soportado, son las principales causas que generan los fenómenos de: evasión y elusión de aportes, las cuales afectan directamente el equilibrio financiero de todo el Sistema.

En particular uno de los estudios concluyó que el nivel de evasión llegó, en 1997, al 43% del recaudo potencial, se señalan como causas de este problema:

1. La ausencia de incentivos para los empleadores en la correcta afiliación de sus trabajadores.
2. La poca vigilancia y control que se ha ejercido frente a los empleadores.
3. La falta de una base de datos que contenga el tamaño real de la población con capacidad de pago.
4. El no haber determinado cuál es el recaudo esperado de acuerdo al Ingreso Base Cotización.

Se propone como alternativa, la constitución de una central única de recaudo, tal y como funciona en otros países, sin embargo y dada la oposición de la mayor parte de los aseguradores, actualmente está en camino de implementación, la planilla única de cotización que es una alternativa intermedia frente a la solución originalmente propuesta.

De nuevo es muy poco lo que se analiza acerca de las lógicas y las complejidades que involucran los procedimientos implementados, generando la idea errónea de que esta es una manera adecuada para realizar este proceso y por tanto no discutir las causas estructurales en las que subyacen estos problemas, tales como las muy notorias diferencias que por sector económico se presentan en la afiliación.

3. GARANTÍA DE ATENCIÓN Y DE CALIDAD

De los estudios analizados sólo uno hace referencia directa a este aspecto y es el que se conoce en el medio como el “Estudio Harvard”, en él se analiza el tema desde la perspectiva de implementación y esencialmente se insiste en la necesidad de fortalecer las actividades de auditoría, de historias clínicas y de visitas a proveedores, entre otras.

Llama la atención que no se abordan la situación previa, la respuesta o al menos la percepción actual, ni de los prestadores de servicios de salud, ni de los usuarios, frente a la importancia y posición dominante que adquirió el asegurador al interior del sistema lo cual ha desembocado en fenómenos como la prestación directa de los servicios, mejor conocida como “integración vertical”, la cual, en el inicio, fue duramente criticada por existir de manera previa al interior del Instituto de los Seguros Sociales (ISS), logrando que el estado cediera a las presiones de otros actores del sistema



y terminara por escindir y desintegrar primero la red y luego a la misma EPS; Al tiempo que fenómeno de integración vertical era rápidamente implementado por la mayor parte de los aseguradores de origen privado. El estudio sistemático de estos fenómenos puede resultar clave para la adopción y seguimiento de las mejoras que se pueden generar.

ANÁLISIS

Es indiscutible que la reforma del Sistema de salud oficializada legalmente en Colombia en 1993, ha generado innumerables reacciones y comentarios que responden a los intereses de quienes los presentan, pero a partir de los hallazgos presentados previamente se realizará a continuación un resumen de los puntos en los que hay consenso y que parecen ser críticos en el desarrollo del sistema de salud:

1. Si bien es cierto que Colombia, gracias al modelo de aseguramiento, ocupó el primer lugar en avance, en solidaridad y equidad en la clasificación efectuada por la OMS en el reporte mundial de la salud del año 2000, esto evidencia realmente lo lejos que el país estaba previamente y aunque debió convertirse en un estímulo para seguir avanzando, la evidencia arroja indicios del estancamiento en este campo.
2. Es preciso revisar los aspectos financieros del sistema, pues las cuentas nacionales evidencian que aún se está lejos de recaudar al interior del mismo todos los recursos necesarios para al menos garantizar el valor de la Unidad de Pago por Capitación (póliza anual del seguro de enfermedad) requerida para garantizar el Plan Obligatorio de Salud (POS) a toda la población, situación que perpetúa las inequidades del sistema y se ve enormemente favorecida por el fraccionamiento del mismo.
3. Igualmente debe ser objeto de seguimiento la sostenibilidad financiera del sistema, ya que bajo las circunstancias actuales depende de lo que Colombia, como país, alcance en materia de empleo y formalización del mismo o en materia tributaria, según se decida por estimular el régimen contributivo o el subsidiado, respectivamente. Lo anterior dado que las políticas de flexibilización del empleo que se han adoptado en los últimos veinte años en el país, han generado efectos que redundan en la disminución del índice de afiliación al régimen contributivo base financiera del Sistema, además del aumento del porcentaje de la población desempleada o de trabajadores informales que reciben ingresos inestables y con frecuencia inferiores al salario mínimo legal vigente.
4. Otro de los puntos que ha desatado polémica dentro de la puesta en marcha de esta reforma es la tensión entre Prestadores de Servicio, Aseguradores y Usuarios, pues las IPS al enfrentarse al fenómeno de la integración vertical, manifiestan que su supervivencia está en riesgo, pues han tenido que entrar a competir en desigualdad de condiciones y los usuarios rehúsan las múltiples barreras de acceso que los aseguradores han generado.



5. El sistema de información juega un papel determinante para el funcionamiento de todo el sistema, lo cual lleva a plantearse si las soluciones hasta el momento ofrecidas no son suficientes desde el punto de vista del *software*, o si es más acertado pensar que lo ideal es ser capaces de simplificar los procesos y procedimientos del sistema.

Para finalizar se reseñan algunos aspectos que no están dentro del alcance de los estudios revisados, pero no por eso son menos importantes que los anteriormente mencionados:

1. El desempeño del sistema en relación con los riesgos inherentes al modelo de aseguramiento, es decir la selección adversa, el descreme de clientes, el riesgo moral, las asimetrías de información, la incertidumbre y las fallas de mercado, entre otros; lo anterior dado que, aunque la literatura es muy consistente en señalarlos, en la revisión efectuada no se encontraron mediciones precisas de lo que está ocurriendo al respecto.
2. La Inspección, Vigilancia y Control del sistema, los cuales son en forma recurrente considerados como débiles, tanto por la complejidad del tema de procedimientos, como por la escasa capacidad investigativa y sancionatoria de los responsables de esta actividad.
3. El sistema de calidad, que es un elemento crucial en la justificación de los mecanismos de aseguramiento, alrededor del cual han surgido diversas polémicas, destacándose la que señala que los criterios utilizados hasta ahora son esencialmente instrumentales lo cual dista de conocer en profundidad la realidad de lo que ocurre en el día a día de los usuarios.
4. El flujo de los recursos, frente al cual es reiterativo el escuchar voces que señalan cómo la administración de los recursos aportados al Sistema se ha convertido en una actividad esencialmente de carácter financiero y no sanitario, lo que al parecer ha generado el interés de diferir los reconocimientos a toda la cadena, produciendo al final falta de oportunidad para el pago de salarios, medicamentos, y en fin para el cubrimiento de toda la logística requerida, para la efectiva prestación de los servicios, lo cual pone en riesgo la supervivencia institucional, principalmente la de los prestadores.
5. Los mecanismos de decisión política que existen al interior del sistema y que favorecen los conflictos de interés en el servicio de salud, aspecto que no ha permitido disponer de condiciones efectivas de acceso real a la población que carece de condiciones para atender los eventos de salud propios o de su grupo familiar; prueba de ello parece ser la situación de la población “vinculada” que no ha encontrado una solución estructural efectiva, esto puede deberse a que no ha sido estudiada con profundidad, por falta de interés de los hacedores de la política pública sanitaria.



En síntesis lo que más llamó la atención de esta revisión no fueron los temas que contienen los estudios, sino lo que éstos excluyen, quedando por tanto muchos campos de interés por explorar.

REFERENCIAS

1. Cassels (1996) "Aid Instruments and Health Systems Development: An Analysis of Current Practice", Health Policy and Planning 11(4): 354–368.
2. Centro de Proyectos para el Desarrollo –CENDEX .Pontificia Universidad Javeriana. Régimen Subsidiado de Salud en Colombia: Evaluación y Propuestas de Ajuste. Bogotá .D.C. Procesos Gráficos Ltda.2002. p.12.
3. Madies, Claudia Viviana. Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en la reforma del sector salud. Fundación Isalud. Buenos Aires.
4. Frenk, J., Lozano, R. y González-Block, M.A., et al. 1994. *Economía y salud: Propuestas para el avance del sistema de salud en México*. Informe Final. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud
5. Ministerio de Protección Social. Dirección General de Aseguramiento Régimen Subsidiado. 1.999.
6. Universidad Nacional de Colombia. Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos públicos encargados de adelantar las funciones de financiación, aseguramiento y prestación de servicios en el régimen subsidiado. Volumen II. p.24.

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

García-Ubaque Juan Carlos, Herrera Daiana. Situación del Aseguramiento en Colombia: Revisión de algunas investigaciones. Rev salud hist sanid on-line 2009; 4(1). Disponible en: <http://www.histosaluduptc.org/ojs-2.2.2/index.php?journal=shs>. Consultado en: (fecha de consulta)

Copyright. Revista Salud Historia y Sanidad ©

