



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1803

FACULTAD DE
CIENCIAS ECONOMICAS

1944

Notas económicas sobre la reforma a la salud

Jairo Humberto Restrepo Zea
Profesor titular

GES
Grupo de Economía
de la Salud

*Foro: Hacia un nuevo modelo de salud para los colombianos:
Proyecto de Ley 210 de 2013*
Universidad EAFIT
Medellín, 12 de abril de 2013



1. Antecedentes y contexto:

¿De dónde venimos y hacia dónde vamos?

El sistema de seguridad social en salud ha evolucionado durante cerca de veinte años. Con logros y dificultades, en medio de una continua tensión entre el cumplimiento del Estado Social de Derecho y el desarrollo de la libre elección y la libertad de empresa, tenemos preguntas de fondo acerca de su supervivencia y continuidad:

- ¿Se mantiene el sistema tal cual?
- ¿Se ajusta?
- Se cambia por otro?



En Colombia ha existido un pacto social inconcluso:

Se ha querido superar el modelo de seguridad social bismarckiano (la solidaridad entre los miembros de un club) con uno más próximo al propuesto por Beveridge (cobertura universal con financiación mixta) y con los principios constitucionales de:

Universalidad, solidaridad y eficiencia

Sin embargo, en el camino no se ha logrado conciliar estos principios y no ha sido posible resolver de manera estable el tipo o el modelo de seguridad social que se quiere para el país.

- Dos visiones del mundo: entre el neoliberalismo y la socialdemocracia.
- El papel de la Corte Constitucional (el caso de la sentencia T-760 de 2008)

¿Podrá llevar el Gobierno Santos a generar una síntesis entre estas visiones?

Aunque hay manifestaciones de crisis y propuestas de reforma

Una reforma puede ser necesaria pero no debería ser urgente

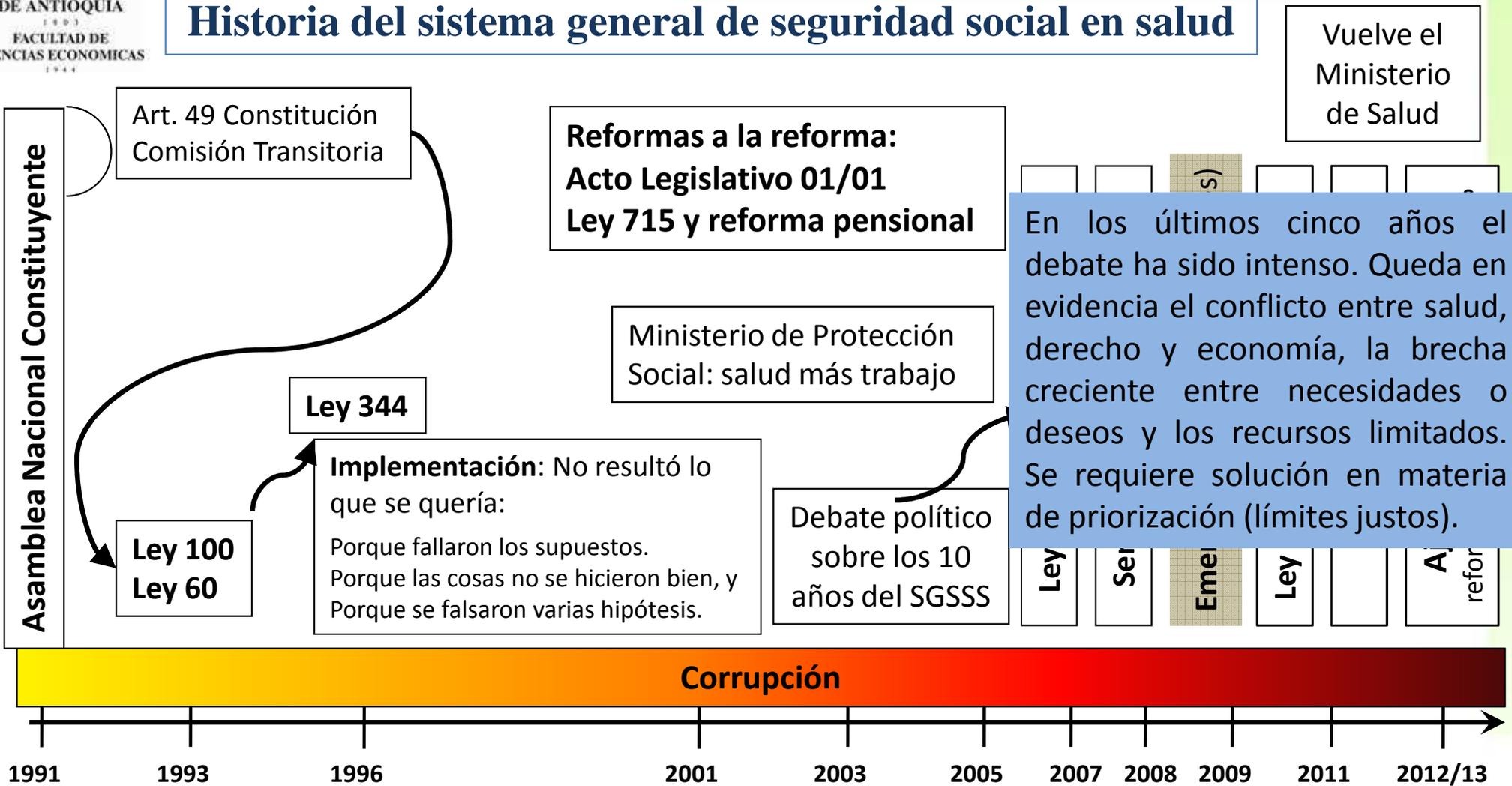
El sistema enfrenta una crisis de legitimidad y de liquidez, con incertidumbre sobre su sostenibilidad financiera. En el imaginario colectivo y en la discusión política está presente la idea de que el sistema está agotado, que no responde a las expectativas o necesidades de los ciudadanos, y que debe producirse una reforma de fondo que elimine las EPS.

El gobierno está atrapado por la visión fatalista y genera mayor incertidumbre al poner en marcha una “reforma a pedazos”, como lo inició hace dos años, sin mostrar coherencia ni una visión integral sobre lo que se propone; tres ejemplos:

- Ley 1438, en silencio sobre sus alcances y posibilidades.
- Liquidación cuestionada de la CRES: se pierde tradición de gobierno y regulación del sistema de seguridad social.
- Reforma tributaria: sustitución parcial de cotizaciones por impuestos generales.
- Nueva organización industrial en el régimen subsidiado –vs– unificación del POS.



Historia del sistema general de seguridad social en salud



Lo más inestable han sido las normas sobre el régimen subsidiado, con reglas iniciales que daban predominio a la competencia; sin embargo, con el aprendizaje de estos años, se tiene la tendencia a reconocer una competencia limitada e incluso un asegurador único en ciertos territorios. En la actualidad, se discuten temas de fondo sobre la supervivencia del sistema, como su estructura y financiación.



2. Visión general sobre el proyecto 210

En términos generales, la propuesta del gobierno va en la dirección de procurar un nuevo balance en la mezcla público-privado, dando mayor relevancia al Estado en aspectos como el recaudo, la administración y el pago de recursos, la afiliación de la población y la territorialidad del sistema y de las políticas de salud.

El proyecto también plantea una nueva mezcla de actores, sus roles y relaciones, de modo que promete desplazar el centro de gravedad desde las EPS hacia el fondo único, y desde aquellas hacia los prestadores.



Cuadro. Principales temas en la propuesta oficial de reforma a la salud

Tema o propuesta	Comentarios
Legitimidad y confianza	No hay propuesta, se requiere un capítulo. Crear consejo nacional y consejos territoriales de salud. Código de buen gobierno.
Salud Mía	Entidad que reemplaza al Fosyga. Debe ubicarse en el sistema de seguridad social, definir junta directiva más amplia y participativa; requerimientos técnicos para garantizar operación.
Plan de beneficios (Mi Plan)	POS ampliado. No está claro que se pueda garantizar para toda la población y cuál es el futuro de lo no cubierto en el POS (no POS).
Gestores de Servicios de Salud	Figura que sustituye a EPS. Estaría circunscrita a áreas de gestión y tendría a cargo redes de prestadores servicios de salud. Falta aclarar rol e incentivos.
Redes de prestadores de servicios	Se reduce papel de IPS como agentes individuales; se busca integración en redes como mecanismo para garantizar acceso sin barreras. Falta claridad.
Áreas de gestión sanitaria	Propuesta de regionalización interesante que merece validarse.
Fragmentación del sistema	No se resuelve al mantener dos regímenes (contributivo y subsidiado).
Integración vertical	Podría ser mayor al permitir que se practique en nivel básico. Aunque esto puede traer ventajas, debe ser regulado.
Uso de la UPC para comprar medicina prepagada	No conviene por solidaridad y sostenibilidad. Causaría descreme y pérdida de valor del sistema.
Libre nombramiento gerentes de hospitales públicos (ESE)	No está justificado. Solo haría menos costosa la manipulación de los nombramientos, pero no aporta a mejor gobernabilidad y eficiencia.
Salud pública	Se integra al sistema; coordinación entre gestores y entes territoriales.
Entidades territoriales	Adquieren mayor protagonismo. Pueden ser gestores, tienen injerencia en redes y liderazgo en salud pública

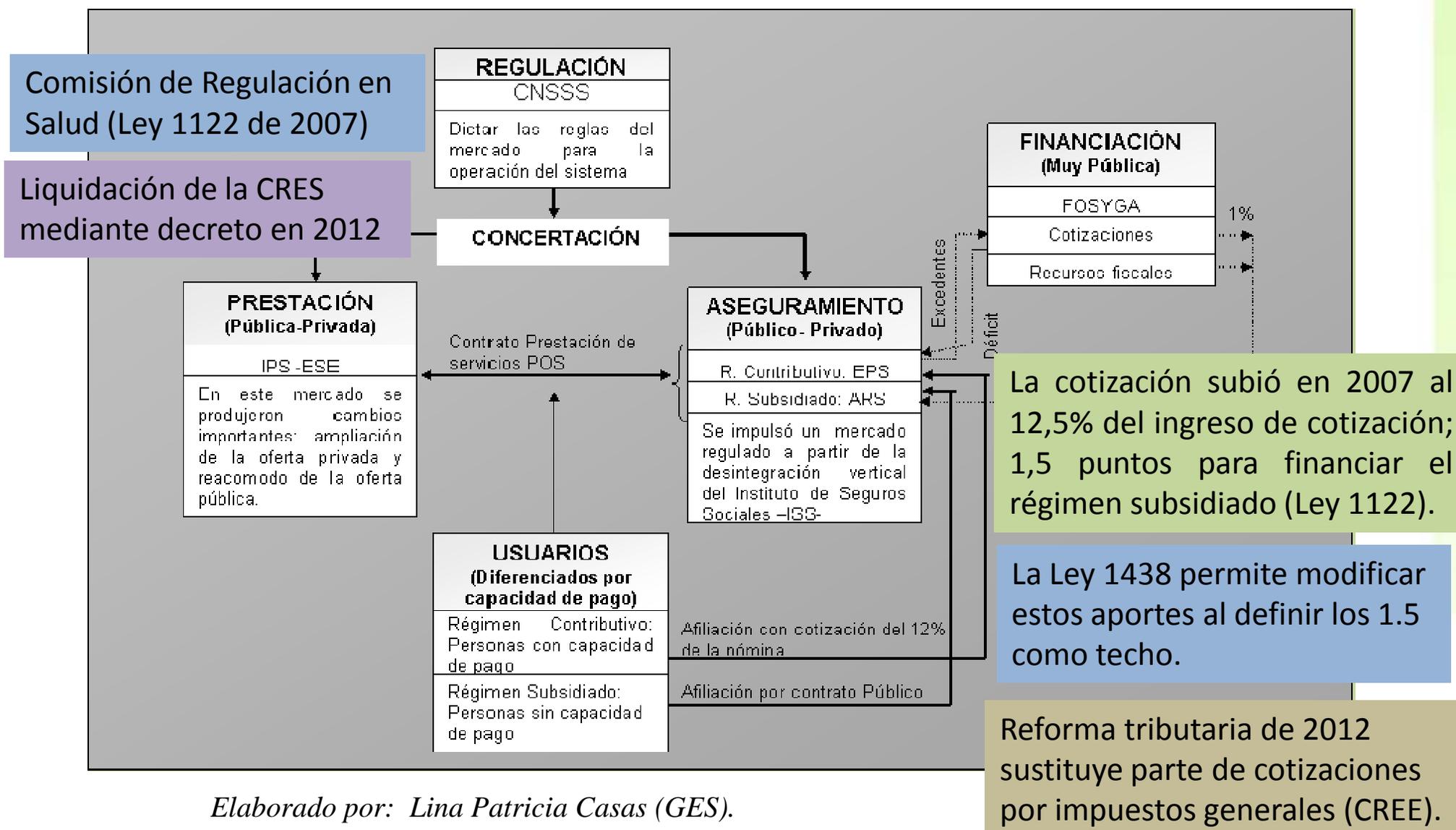
Nota: Esta lista no es exhaustiva, se ofrece como herramienta de trabajo y análisis.



3. Dos temas claves para una reforma

- Rectoría y gobernanza: temas olvidados
- Financiación: pasos adelante, con incertidumbre

Diseño del Sistema – Competencia regulada (Ley 100)





La estructura financiera del SGSSS (Ley 100)

¿Cómo opera la solidaridad?

El SGSSS está basado en la solidaridad:

- i. Los afiliados aportan según su capacidad (0% en régimen subsidiado y 12,5% en régimen contributivo).
- ii. Todos los afiliados reciben los beneficios del plan obligatorio de salud (POS), con algunos pagos directos (copagos).

Además de la financiación de los dos regímenes, mediante las cuentas de compensación y de solidaridad, el fondo nacional tiene una cuenta de promoción y otra de eventos catastróficos.

Contribuciones
y prima (UPC)



¿Es conveniente acoger la propuesta del ministro sobre el “trasteo” de la UPC? Mi respuesta: NO, pues se provocaría mayor déficit al sistema y éste pierde valor al ser sometido a descreme o selección adversa. Debe mantenerse y cuidarse el carácter de seguro público, sin titubeos para tomar del fondo mancomunado recursos que reciban el rótulo de individuales o privados

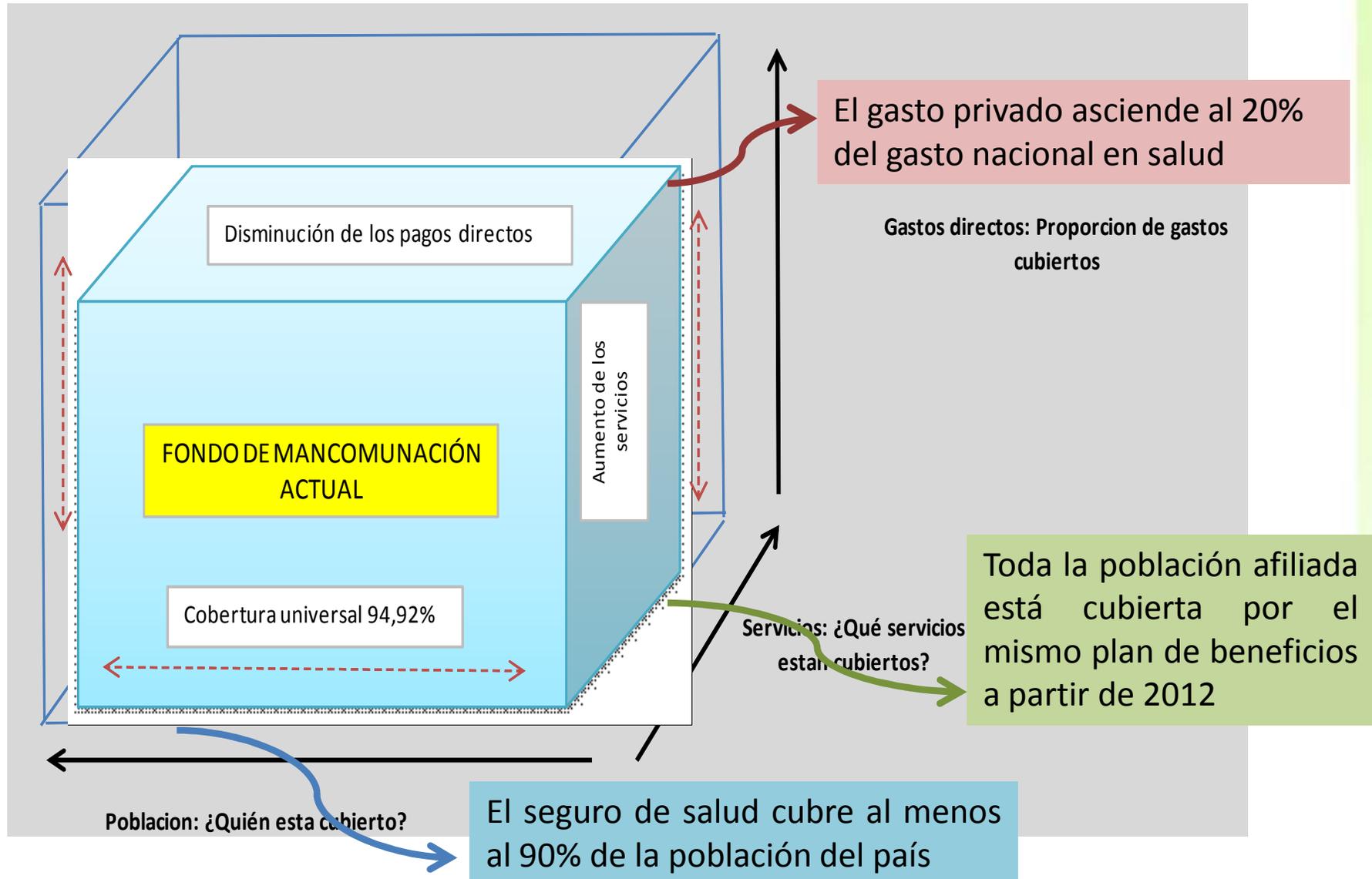
Aportantes por nivel de ingresos

A: No cotiza o su cotización es inferior a la UPC (recibe un subsidio de X).

B: Cotización superior a la UPC.. Aporta solidaridad de Y.

Lo que debe cuidarse:

Las tres dimensiones de la cobertura universal en Colombia





En conclusión,

Aunque la propuesta del gobierno puede ir en una buena dirección, buscando corregir fallas estructurales y teniendo en cuenta lo que han sugerido varios estudios y los clamores de algunos actores del sistema, hace falta aclarar la ruta de una reforma que no repita errores del pasado al adoptar cambios para los que no hay preparación o condiciones mínimas. Es mejor preparar los cambios al tiempo que se despeja la vigencia de la Ley 1438 y se fortalece la institucionalidad en materia de regulación, de un espacio de concertación y de administración colegiada del Fosyga.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1903

FACULTAD DE
CIENCIAS ECONOMICAS

1944

Grupo de Economía de la Salud

GES

