

El sistema de salud en Colombia: “Una sinfonía inconclusa y arriesgada”

Dov Chernichovski, Ph.D.

dov@bgu.ac.il

Universidad de Ben Gurion - Israel

El conjunto de sistemas de salud desarrollados, no necesariamente coincide con el de los países desarrollados. Los Estados Unidos son el mejor ejemplo de esto. Siempre clasifico el sistema de salud de Colombia como desarrollado. La reforma estructurada a partir de la ley 100 fue, a mi juicio, una de las reformas más audaces en su momento y lo sigue siendo hoy, en el contexto de las economías en desarrollo.

En materia de reformas en salud, podemos tener dos situaciones: un mal modelo con una buena implementación o un buen modelo con una no muy buena implementación.

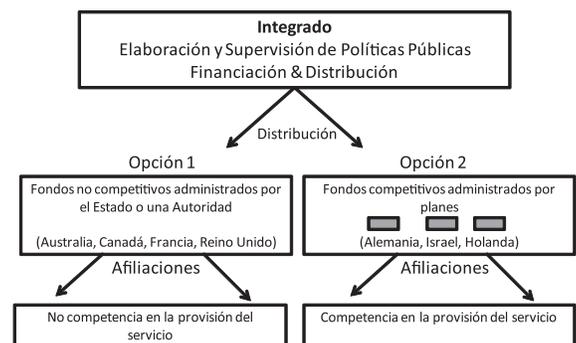
Desde mi punto de vista, Colombia tiene el mejor modelo de sistemas de salud de América Latina, pero carece de una buena implementación. Otros países tienen modelos no tan buenos, pero tuvieron una mejor implementación. La pregunta es entonces, ¿dónde prefiere estar uno? Pues es preferible estar en un buen modelo aunque su implementación sea imperfecta, puesto que es susceptible de mejorar. Un país puede estar en ruinas, pero si las bases fundamentales están bien estructuradas siempre es posible reconstruirlo. Este fue el caso de Europa, al final de la Segunda Guerra Mundial.

Colombia empezó una sinfonía, pero no la ha terminado. A diferencia de la música, donde es posible vivir con una obra inconclusa, el problema es que en atención en salud, no ocurre lo mismo y este es precisamente el reto que tiene Colombia: terminar su sinfonía. Pero ¿por qué es una sinfonía? Porque Colombia tomó la experiencia colectiva de sistemas de salud desarrollados y la aplicó a través de la ley 100 (esto a veces lo llamo el “paradigma emergente”), que consistió en establecer una contribución obligatoria (lo cual es todo un reto en EEUU), e implementar un sistema de competencia regulada en el que la provisión de los servicios de salud está a cargo de entes públicos y privados.

Uno de los problemas de implementación del sistema de salud en Colombia es que le tocó enfrentar dos procesos de descentralización en forma simultánea, pero que parecen muy difíciles de sincronizar. Por un lado el proceso de descentralización funcional consistente en separar el presupuesto y el aseguramiento de la provisión de servicios de salud. Y por otra parte, se enfrentó a una descentralización geográfica y administrativa. Hacer ambas cosas pudo haber sido un reto excesivo para el país, pero esta es una hipótesis aún por comprobarse.

Ahora, ¿por qué inconclusa? Porque, a mi juicio, Colombia se atascó con la implementación y no pudo balancear un conjunto de objetivos, a pesar del intento de solventarlos con la reglamentación de la ley 100. Estos son: mejorar la salud y la equidad, controlar los costos y lograr la sostenibilidad, y garantizar la satisfacción del usuario. Dirigir un sistema de salud es el arte de mantener el balance entre estos objetivos. Hay que abordar todos los objetivos al tiempo, dándole prioridad a algunos en un momento y después atendiendo los otros en etapas posteriores de la reforma. Si se privilegia uno por encima de los demás habrá problemas. Así por ejemplo, la reforma de Estados Unidos y la mexicana, se enfocan en un solo aspecto: la cobertura y la equidad, lo cual puede suscitar problemas tarde o temprano. Colombia, al no haber implementado plenamente la ley 100, desarrolló un problema para atender estos objetivos.

Ilustración 1. Paradigma emergente del diseño del sistema



La otra pregunta que surge es ¿Cuál ha sido la esencia de la reforma colombiana? Lo que llamo el “paradigma emergente”. Los sistemas de salud de países como Australia, Canadá, Israel, Holanda, Alemania, Suiza e incluso España, son muy distintos entre sí, pero tienen principios fundamentales en común. En primer lugar, se integra la rectoría y vigilancia, para esto necesitan ministerios de salud fuertes; también deben integrar el financiamiento, este es un rasgo común, así la integración del financiamiento sea virtual, como en Alemania; después los recursos se asignan a los aseguradores, quienes tienen la función de comprar los servicios de salud para la gente. Dos modelos se pueden identificar: el llamado modelo europeo continental y el denominado modelo anglosajón (Inglaterra y sus antiguas colonias, salvo EEUU). En el primer modelo, también llamado el modelo Bismarkiano estas entidades, llamadas en Colombia Entidades Promotoras de Salud (EPS), compiten. Esto es lo que tiene Alemania, Suiza, Bélgica, Holanda

Tabla 1. Financiación y diseño básico del sistema de salud de Colombia

País	Gasto total en salud per cápita (US\$)	Gasto total en salud como porcentaje del PIB	Participación del gasto gubernamental en salud en el total del gasto en salud	Participación del gasto en salud privada en el total del gasto en salud	Participación del gasto gubernamental en salud en el presupuesto	Mortalidad Infantil por cada 1000 Habitantes
Brasil	\$587	8.6%	56.8%	43.2%	7.2%	27
Chile	\$547	5.6%	53.6%	46.4%	14.5%	8
Colombia	\$276	7.4%	86.2%	13.8%	17.0%	19
México	\$552	6.5%	46.5%	53.5%	11.9%	18

e Israel. Colombia optó por esta opción que, a mi manera de ver, es preferible. En el segundo modelo los tenedores de los fondos son entidades que no compiten (monopolios), tal es el caso de países como Reino Unido, Canadá, Australia y en buena medida España (Ilustración 1).

En cuanto al problema de la sostenibilidad financiera, se puede observar en la Tabla 1, que Colombia gasta algo muy parecido a lo que gastan los países desarrollados como proporción del PIB. La proporción del presupuesto público dedicado a salud, se parece mucho a la de los países europeos. Sin embargo, tiene una mortalidad infantil muy alta. En otras palabras, tiene un patrón de gasto de país desarrollado, pero un estado de salud de país subdesarrollado. La pregunta que surge es ¿De dónde saldrá la plata para mejorar la salud de los colombianos, si se está acabando el espacio fiscal? Como economista, creo que este es el problema fundamental que tiene Colombia hoy. ¿Saldrá la plata del presupuesto público? No parece haber más plata en el sector privado. México, por ejemplo, gasta mucho en el sector privado y podría sacar plata de allí hacia el sector público, pero esta no parece ser una opción en Colombia. ¿Qué se puede hacer entonces? Implementar su diseño básico, que considero excelente en comparación con otros países.

Colombia puede terminar la implementación de los principios del paradigma emergente. Miremos estos principios uno por uno, para evaluar cómo está Colombia.

Primer principio: Todo ciudadano debe tener derecho a un núcleo de beneficios médicos. En este punto es pertinente resaltar que el derecho a la salud y el derecho a los beneficios médicos son dos cosas separadas. Nadie discute, ni aún en Estados Unidos, el derecho a la salud. Lo que hicieron todos los países, incluyendo el mío¹, es definir un conjunto de servicios al cual la gente tiene derecho. Entiendo que en Colombia el conjunto no está definido puesto que las cortes lo pueden cambiar y esto puede afectar la sostenibilidad financiera. Además, tienen algo que sería inaceptable en otros países y es que hay dos paquetes de servicios para la población (subsidiada y contributiva).

Segundo principio: La elegibilidad para el plan de beneficios solo debe depender de razones médicas y no del empleador o la pertenencia a determinada organización. Colombia debe lograr la universalidad en la elegibilidad, sin discriminar por razones distintas a las médicas.

Tercer principio: Pool único de riesgo. Los recursos se deben juntar en un único fondo. Todas las contribuciones deben ir en un pool, aún si vienen de fuentes distintas, como en Alemania, Israel u Holanda. Múltiples fuentes financian el paquete, pero primero se juntan y después se asignan. Es importante el pool único por varias razones: Una es que se pueda mantener un sistema equitativo, otra es que uno puede hacer compras estratégicas ante los proveedores y eso ayuda a reducir los costos del sistema. El hecho de que no todos los fondos estén unificados en un pool, impide implementar un sistema más eficiente y equitativo. Un logro importante en Colombia es la contribución obligatoria, pero se debe avanzar más en integrar los dos fondos separados que existen para el contributivo y el subsidiado.

Cuarto principio: No debe haber opción de salida. Sólo Alemania deja que el decíl más rico no participe en el sistema nacional. En todos los demás países las contribuciones las tienen que hacer todos y éstas dependen del ingreso. En Colombia es fácil no participar, pues hay un sector informal y el juego entre dicho sector y el formal, deja gente por fuera, lo que puede ser un problema para la recolección justa de las contribuciones.

Quinto principio: El papel de los empleadores debe limitarse a recolectar las contribuciones y no a decidir quién es elegible para qué tipo de servicios médicos. En Estados Unidos no han podido con este principio. En esto Colombia está bien.

Sexto principio: El aseguramiento privado suplementario es opcional. Sin embargo, el problema en Colombia es que el paquete básico no está muy bien definido, por lo que el aseguramiento suplementario se vuelve confuso. En otros países está muy claro el plan de beneficios del sistema público. Si este último no está absolutamente claro, no se sabe

1. Israel

qué suplemento uno necesita comprar y la gente termina asegurándose por servicios a los cuales tiene derecho en el plan de beneficios universal.

Séptimo principio: Que haya una distribución nacional de recursos basada en necesidades, con una capitación ajustada por riesgo. Dado que en Colombia hay dos “pool” (contributivo y subsidiado), este principio no se cumple del todo. Hay muchos trabajos en Colombia sobre los mecanismos de ajuste por riesgo de los pagos por capitación, lo cual hace que la asignación de recursos sea más justa y eficiente. Colombia está avanzando en esto.

Octavo principio: Que pueda haber participación privada en la prestación de los servicios. Tal es el caso de Colombia.

Noveno principio: Que los planes (EPS en Colombia) tengan afiliación abierta, de manera que la gente pueda escoger. En Israel es posible cambiar cada 6 meses. En Colombia el principio está reconocido, pero como el sistema es dual, a lo mejor tienen que trabajar más en esto. Este es el último principio, aunque a veces planteo diez para que parezcan los 10 mandamientos.

El punto de fondo es que todos estos principios son reconocidos por la ley 100. La idea era implementarlos paulatinamente en varios años, pero no ha ocurrido, luego Colombia tiene que volver a los principios básicos y terminar la sinfonía.

Es fundamental que haya un plan único, bien definido y ajustado periódicamente. Esto es un reto en todas partes, pero en otros países las cortes no intervienen directamente, como en Colombia.

Para lograr una asignación justa de los recursos, hay que desarrollar un solo sistema de ajuste por riesgo de las asignaciones por capitación, de manera que cada colombiano obtenga su parte justa de los recursos nacionales (según su necesidad o utilización esperada de servicios). Colombia tiene que evitar la segmentación que el sistema ha tenido entre el contributivo y el subsidiado y establecer un sistema unificado.

Hace muchos años vine a Colombia a trabajar con Profamilia, enviado por el Banco Mundial, pues éste era considerado uno de los mejores programas del mundo. La reflexión es que si Colombia pudo tener un programa que era considerado ejemplo mundial no hay razón por la cual no podría hacerse lo mismo con el sistema de salud. ■

Referencias

Sources and references: Chernichovsky, D. 2009. “Not ‘Socialized Medicine’ – An Israeli View of Health Care Reform”. *New England Journal of Medicine*. Vol. 361, No. 21: e41.

———. 2002. “Pluralism, Public Choice and the State in the Emerging Paradigm in Health System.” *Milbank Quarterly* 80 (1): 5 - 39.

———. 1995. “Health System Reforms in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm.” *Milbank Quarterly* 73 (3): 339–372.

Chernichovsky, D. and A. Leibowitz. 2010. “Integrating Public Health and Personal Care in a Reformed U.S. Health Care System”. *American Journal of Public Health*. Vol. 100, No. 2: 205-211

Chernichovsky, D., Aguilera, N., and G. Martinez, “Reforming Underdeveloped HealthCare Systems of Mexico, Tanzania and the U.S.A.” in Chernichovsky and Hanson (ed.) *Innovations in Health System Finance in Developing and Transitional Economies*. *Advances in Health economics and Health Services Research*. Volume 21, Emerald Group Publishing, UK, 2009.

Chernichovsky, D., R. Donato, A. Leibowitz, A. Maynard, M. Peterson, V. Rodwin, W. van de Ven, and J. Wasem. 2008. “What Can the U.S. learn from its Allies?” Processed. Ben-Gurion University of the Negev, Beer Sheva, Israel.

Los colombianos preguntan, los expertos responden

Preguntas	Respuestas por conferencista
<i>¿Qué proporción del PIB y/o del presupuesto público federal o estatal se asigna al sistema subsidiado de salud?</i>	Salomón Chertorivski - México El 2.2% del PIB.
<i>¿Cómo se identifican o definen los objetivos sanitarios generales para un periodo dado?</i>	Antonio Infante - Chile Mediante una comisión nacional en la cual están representados distintos grupos técnicos y en función de la realidad e indicadores alcanzados se hace una estimación de lo que podría ser la tendencia de los indicadores a 10 años con intervenciones costo-efectivas. En la evaluación que se hizo a 2010, les fue bastante bien con los indicadores curativos, mejorías de pronósticos en cáncer, enfermedades respiratorias y de algunas otras patologías. Sin embargo, no tuvieron mejoría en factores que tuvieran una alta intervención de medias preventivas de salud pública.
<i>¿Porqué no están incluidas patologías como las renales o las neurológicas en los sistemas de salud, y si están las cataratas?</i>	Antonio Infante - Chile Lo que se eligen son grandes problemas de salud para incluirlos en dichos sistemas, pero por ejemplo, dentro de la hipertensión se incluye el accidente vascular encefálico, dentro de la diabetes se encuentra la insuficiencia renal. Por lo cual si están incluidas, mediante medidas preventivas, pesquisa precoz de daño y de rehabilitación.
<i>¿Cuáles son las fuentes de financiamiento?</i> <i>¿Qué cobertura ha alcanzado y cuál es el impacto social logrado?</i> <i>¿Cómo regulan el paso de las personas entre el instituto mexicano de los seguros sociales y el seguro popular, y los planes privados de salud?</i>	Salomón Chertorivski - México El financiamiento se da con impuestos generales. Cinco sextas partes las pone el gobierno federal, y una sexta parte la pone los 32 estados de la República Mexicana. La cobertura actual es de 39 millones; sin embargo, hay 10 millones de mexicanos sin aseguramiento de la seguridad social. Cuando una persona se afilia al seguro social, se realizan diferentes cruces en el sistema de información de tal forma que se eviten y corrijan duplicidades, teniendo en cuenta que la re afiliación a dicho seguro es de 3 años.

Preguntas	Respuestas por conferencista
<p>¿Cuáles son las fuentes de financiamiento en Estados Unidos, Chile y España?</p>	<p>Tom Bossert - Estados Unidos En el estado americano se tienen 3 grandes tipos de financiamiento: el sistema federal para los ancianos (Medicare), el cual es de responsabilidad federal e impuestos generales. El Medicare para los pobres, el cual es compartido entre los estados (más alta o baja dependiendo de su riqueza) y el gobierno federal. Y finalmente, la otra fuente es la privada, la cual se divide entre el empleado y el empleador, la cual varía - por ejemplo - dependiendo de los sindicatos y actividades del negocio.</p> <p>Marta Cecilia Jaramillo - España El sistema de salud español se financia del 8.5% del PIB, el cual se divide en un 6.5% de impuesto de renta al público, y el 2% restante por copagos, cuotas moderadoras y de aportes de algunas personas al sistema.</p> <p>Antonio Infante - Chile En el caso chileno, cada persona que trabaja tiene que cotizar un 7% de su ingreso mensual, lo cual es aproximadamente el 55% del total del presupuesto y el resto es de recursos públicos, con un gasto del PIB entre el 6.5% y 7% para salud.</p>
<p>¿Existe en las diferentes constituciones un mecanismo para reclamación del derecho a la salud como las tutelas en Colombia?</p> <p>¿Qué tan frecuente es su uso?</p>	<p>Salomón Chertorivski - México En México, en el artículo 4º constitucional está establecido el derecho a la salud, como un derecho para todos, creado en la ley general de salud; y no hay un tema de judicialización como lo tiene Colombia.</p> <p>Tom Bossert - Estados Unidos A nivel constitucional, los norteamericanos tienen derecho a las armas pero no a la salud (ironía por parte del conferencista).</p> <p>Marta Cecilia Jaramillo - España En el sistema español, no sólo está incluido el derecho sino el deber de la salud, de tal forma que, si no cumple con este último, la fuerza policial entrará a forzar al ciudadano.</p> <p>Antonio Infante - Chile Las garantías que ofrece el sistema de salud chileno, están explícitas en la constitución. A su vez, se han creado mecanismos de regulación para las empresas privadas prestadoras de salud, de tal forma que se garantice la prestación del servicio de salud a las personas.</p>
<p>¿Qué pasa si una persona padece una enfermedad o requiere un medicamento que no está dentro del plan de aseguramiento?</p>	<p>Salomón Chertorivski - México En el caso de México hay un listado de medicamentos que están autorizados por el sector salud, y hay un proceso para poder registrar un medicamento adicional, donde se hace un estudio para poder lograr su aprobación.</p> <p>Tom Bossert - Estados Unidos Cada uno de los planes tiene diferentes reglas sobre los medicamentos que se cubren, pero normalmente si no está en la lista de cobertura, la persona tiene que pagar el costo del medicamento. Cabe agregar que, algunas compañías donde labora la persona, apoyan la consecución de la medicina dependiendo de la gravedad.</p> <p>Marta Cecilia Jaramillo - España En España no hay un listado de medicamentos, es lo que el médico formula, y se hacen controles posteriores para el suministro efectivo del medicamento, mediante un sistema de información nacional.</p> <p>Antonio Infante - Chile En el caso chileno si una persona tiene una enfermedad que tiene cobertura, pero hay un nuevo tratamiento que no está incluido y este le garantiza una expectativa de vida mayor, el seguro público o privado lo analiza y es muy probable que se apruebe.</p>
<p>¿Cómo es la participación de los médicos generales en la atención primaria y como es la participación de los especialistas?</p>	<p>Salomón Chertorivski - México Se tiene que planear una formación de especialistas, y diferentes incentivos que permitan que estos estén en los lugares que se necesitan, y para que den un servicio de tiempo completo y no parcial, de tal forma que se logre una cobertura mayor.</p> <p>Tom Bossert - Estados Unidos Hay una fuerte escasez de profesionales médicos para la atención primaria, haciendo énfasis especial en los médicos generales y familiares, dados los pocos incentivos salariales con respecto a los especialistas. Sin embargo, se realizó una reforma que ha permitido un incremento en la demanda de las escuelas de medicina y, por ende, se prevé una mejoría de la escasez.</p> <p>Antonio Infante - Chile Se tienen equipos multiprofesionales en la atención primaria; y existen en Chile 24 facultades de medicina con 2000 egresados anuales con un examen nacional para certificar la calidad del médico. En el área de las especialidades hay una debilidad en el área de la medicina interna, y en el uso las herramientas adecuadas para el paso entre un médico general y uno especialista.</p>
<p>¿Qué entidades en Estados Unidos están implicadas en la planeación e implementación de los planes de promoción y prevención de la salud?</p>	<p>Tom Bossert - Estados Unidos A nivel nacional se tiene un Ministerio de Salud que es muy débil, siendo los Estados Federales los que realizan un trabajo más importante en prevención y promoción, teniendo cada uno de ellos diferentes énfasis y una retroalimentación entre los mismos. Es importante mencionar que se está haciendo un énfasis especial en cuidados nutricionales para controlar y prevenir la obesidad, y otras enfermedades derivadas de la mala alimentación.</p>
<p>¿Qué estrategias se usan para la vigilancia, control y regulación del sistema y llevar la corrupción al mínimo posible?</p>	<p>Salomón Chertorivski - México En México, la acreditación es un sistema de control de calidad, el cual es revisado de manera periódica. Hay gestores de salud que están pendientes que los derechos de los afiliados se cumplan, y también hay vigilancia epidemiológica. Para la compra de medicamentos, se establecen unos rangos de compra para los estados federales de acuerdo con una lista establecida, que ha permitido el control del gasto presupuestal. Y además, en la compra de medicamentos de patentes, se hace una sola compra nacional, generando mayores beneficios.</p> <p>Tom Bossert - Estados Unidos En los Estados Unidos se tiene una agencia llamado Joint Commission Health Organization que permite regular el sistema usando los expertos del sector privado. Hay mucha corrupción en Medicare y Medicaid, pero se tiene diversas agencias que permiten identificar dichos problemas y poder corregirlos.</p> <p>Antonio Infante - Chile En el caso chileno, el Ministerio de Salud tiene una central de compras, la cual hace licitaciones públicas de los principales productos que compra el sistema, tanto de medicamentos como de insumos farmacéuticos.</p>