

Reflexiones sobre el debate de la Salud

Dentro de los grandes temas nacionales que nos ocupan en la actualidad debe destacarse el debate y posterior solución que tanto el legislativo como el ejecutivo le den al tema de Salud en Colombia.

Por:

Roberto Junguito

Presidente Ejecutivo

Armando Zarruk

Director Cámara Técnica de Vida y Personas

FASECOLDA

Hoy, proyectos de ley radicados en Congreso buscan cambios al sistema, incluso hay algunos tan radicales que proponen eliminar las EPS para dar paso a un sistema único de carácter público, como el que se tenía hace varios años antes de la implementación de la Ley 100 de 1993.

El origen de esta “crisis en salud” puede remontarse a la declaratoria del Estado de Emergencia Social a finales de 2009 en la que se evidenciaron, entre otros, problemas como: el incremento en los recobros por servicios no POS, los sobrecostos en medicamentos y las deficiencias en el flujo de recursos que generaron el deterioro en la situación

financiera de varias IPS, en parte debido al aumento de las cuentas por pagar del Gobierno para con las EPS. De un lado no debe pensarse que la solución es únicamente de carácter financiero y de otro no deben olvidarse los avances que ha hecho el país en materia de salud.

Dentro de los logros más importantes del actual sistema debe mencionarse el incremento en cobertura que pasó de 27 millones de habitantes en 2002 a 44 millones en 2012, lo que significó un aumento de la población cubierta al pasar del 66% al 95%.

De ese total, un poco más de la mitad corresponde a la población más vulnerable que pertenece al régimen subsidiado y que se financia con aportes fiscales y del sistema contributivo. Esta variación en la cobertura, por supuesto implicó una inyección significativa de recursos al sistema, que hoy ya invierte en salud alrededor más del 8% del Producto Interno Bruto, un rubro ligeramente por encima de los promedios latinoamericanos, incluso cercano al de países como Brasil o Argentina.

El gasto público en salud, como porcentaje del gasto total en salud, es de cerca del 80%, lo que ubica al Estado dentro de los que más invierten proporcionalmente en este sector a nivel mundial. Más recientemente, y en virtud de la sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, los beneficios del plan subsidiado se incrementaron para equipararse con los del plan contributivo, lo que significa aún más equidad. También, a finales de 2011 la Comisión Reguladora en Salud, CRES, culminó un proceso de actualización integral de los beneficios del POS. Finalmente, también se deben mencionar algunos de los avances, evaluados en un contexto internacional, tales como el ranking de los sistemas de salud de la OMS en el año 2000, donde el modelo colombiano fue catalogado como el número 22 dentro de los 191 países analizados o como el hecho de que en los últimos años varias de las instituciones de salud del país han estado clasificadas dentro de las mejores de Latinoamérica.

Sin embargo, y a pesar de los aspectos ya mencionados, debe ser claro que el sistema aún se debe perfeccionar y se requieren varios cambios todavía. Dentro de los aspectos fundamentales que se han mencionado están algunos tales como: controlar el incremento del gasto en salud asociado a los precios de medicamentos y las reclamaciones NO-POS; implementar un sistema de información que permita no sólo aumentar la calidad de lo que se reporta hoy sino también la disminución de los tiempos de reporte; establecer un sistema de indicadores de gestión y protocolos en salud orientados al control del gasto médico y medición de la calidad de los servicios; mejorar la diversificación del riesgo y eficiencia del sistema requiriendo un número mínimo de afiliados por EPS; optimizar el flujo de recursos; y establecer un esquema de evaluación de tecnologías, que mejore la costo efectividad y garantice la calidad de los beneficios incluidos en el POS.



En adición al control del gasto, también es importante incrementar los recursos y hay varias sugerencias para hacerlo. Una que pareciera básica, es asegurarse que las personas que deben aportar al sistema lo estén haciendo y en los montos que les corresponde. También se ha propuesto incorporar más personas al sistema contributivo o rediseñar el esquema de contribuciones. Si bien esto debe ser analizado cuidadosamente para garantizar la sostenibilidad en el mediano plazo, en sus últimas declaraciones el Ministerio de Hacienda ha señalado que los recursos para los próximos años están garantizados. Más aun, un estudio reciente de Fedesarrollo que se concentra en el análisis financiero del sistema concluye que el problema no es por falta de recursos.

Desde el sector asegurador también se han identificado varios aspectos que consideramos deben ser tenidos en cuenta en las discusiones venideras con el fin de tener un mejor sistema. Antes de mencionarlas, debe ser claro que

un sistema de seguridad social se diferencia de un seguro voluntario, principalmente porque por lo general en el primero hay obligatoriedad de afiliación, porque los fondos se recaudan a través de impuestos generales, parafiscales o contribuciones salariales que son canalizadas a través del Estado y porque los beneficios y las tarifas son fijadas por el Gobierno, y dependen del ingreso y no del riesgo.

Esto es, el sistema de seguridad social en salud colombiano es un sistema público y no privado como lo argumentan quienes quieren hacer del mismo un fondo único en cabeza de un ente estatal; esta experiencia, por lo menos en el pasado, no dio resultados, ni en salud, ni en pensiones. Si bien en el sistema participan actores de capital privado, esto no implica que sea un sistema “privado”, y en adición, no necesariamente los entes públicos son más eficientes. De hecho, la experiencia internacional sugiere que los mejores modelos son aquellos sistemas mixtos en donde se incentiva la competencia y participan tanto privados como públicos. Claramente se deben alinear los incentivos entre los actores del sistema de tal forma que se mantengan ciertos estándares de calidad y acceso, pero al mismo tiempo se busque la optimización de los recursos, y esto último, no es nada claro en el hipotético de un fondo de carácter estatal.

- » La experiencia internacional sugiere que los mejores modelos son aquellos sistemas mixtos en donde se incentiva la competencia.



En adición a la cobertura obligatoria en salud, el sector asegurador considera importante que en el país se incentiven los planes voluntarios, como quedó consagrado en el artículo 39 de la reforma a la salud, en cualquiera de sus formas, ya sean pólizas de salud, planes de medicina prepagada, o planes de atención complementaria. La participación de este tipo de planes en el mercado local es baja cuando se compara con países de la región, y es casi de sentido común que se liberen recursos del sistema público ya que quienes los adquieren lo utilizan como sustituto del POS para atender sus necesidades de salud y con dineros distintos a los de las cotizaciones obligatorias.

Una primera aproximación a este ahorro se puede obtener con cifras del sector asegurador en el que se evidencia que una persona con una póliza de salud le cuesta al sistema público aproximadamente 50% de lo que le costaría si no la tuviera; en los planes de medicina prepagada y los complementarios también se deben lograr ahorros significativos. La salud es una de las prioridades de los países, y la experiencia internacional muestra que por lo general para incentivar una mayor inversión en salud los países optan por ofrecer beneficios de carácter tributario, como por ejemplo mantener tasas de IVA preferenciales, para este tipo de productos voluntarios.

- » El sector asegurador considera importante que en el país se incentiven los planes voluntarios, como quedó consagrado en el artículo 39 de la reforma a la salud, en cualquiera de sus formas, ya sean pólizas de salud, planes de medicina prepagada, o planes de atención complementaria.

También se han evidenciado falencias en la supervisión y regulación, y esto es generalizado casi a toda la cadena que participa en el sistema.

En adición al Decreto-Ley 4185 de 2011, el Gobierno ha anunciado que expedirá una nueva norma para reasignar a la Superintendencia Financiera de Colombia las funciones de inspección, vigilancia y control de las EPS, que hoy están a cargo de la Superintendencia de Salud. Con esta medida se buscaría establecer para las EPS unos requisitos similares a los de las compañías de seguros en términos de capitales requeridos para operar,



Salud

así como fortalecimiento en su régimen de reservas e inversiones, que a la larga le permitirán al sistema tener unas entidades más sólidas patrimonialmente, lo que a su vez redundaría no sólo en mayor tranquilidad a los usuarios sino también en más liquidez y confianza para sus acreedores, en beneficio de la sociedad. Una vez se concreté este potencial cambio, el gremio considera que, en el mediano plazo, las compañías de medicina prepagada también deberían ser supervisadas por la Superfinanciera, con el fin de evitar asimetrías y arbitraje regulatorio entre las EPS, las compañías de Seguros y las compañías de Medicina Prepagada.

En conclusión, sin abandonar el actual esquema de aseguramiento sobre el cual se encuentra planteado el sistema de salud colombiano, se deben hacer varios

ajustes que generen los incentivos correctos a todos los actores con la debida supervisión por parte de los entes competentes en temas financieros y de salubridad. Así mismo se deben desarrollar estrategias estatales para la búsqueda de recursos adicionales y externos al sistema que generen un alivio a las finanzas públicas, tales como el fomento de los planes voluntarios de salud.

» Una persona con una póliza de salud le cuesta al sistema público aproximadamente 50% de lo que le costaría si no la tuviera.

fasecolda
Federación de Aseguradores Colombianos



3^{er} Simposio Iberoamericano de Seguros de Transporte
Transformación del riesgo en la red global

Fasecolda lo invita a ser parte del III Simposio Iberoamericano de Seguros de Transporte, evento académico en el que se analizarán los factores determinantes en el desarrollo de un mercado de aseguramiento logístico actualizado y sostenible: clausulados todo riesgo con estándares internacionales, competencia del mercado asegurador internacional, consolidación de conglomerados latinoamericanos, expansión energética, cambios regulatorios, protección al consumidor y reducción de costos logísticos entre otros temas relevantes para el sector.

Inscripciones Abiertas

Para Nacionales \$ 650.000 + IVA - Para Internacionales U\$ 420 dólares



La cita es el 20 y 21 de noviembre
en el Hotel AR Centro de Convenciones Salitre
Bogotá - Colombia

Para mayor información comuníquese
al teléfono 3443080
o al correo fperez@fasecolda.com