

Bogotá, Abril de 2010

**LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
EN EL CONTEXTO DE LA GLOBALIZACION
- Ensayo-**

**Carlos Alberto Naranjo Botero
Miembro de la Asociación Colombiana de Actuarios
Correo electrónico : Oficinacan@yahoo.com**

Las opiniones son responsabilidad exclusiva del autor.

CONTEXTO HISTORICO

El desarrollo del conocimiento ha sido el motor fundamental del progreso universal.

Su enorme avance ha generado un acelerado desarrollo tecnológico que ha incidido en el desarrollo de las comunicaciones y en el notable incremento de la productividad reflejada en la masiva producción de bienes y servicios y por lo tanto en la acumulación de capital.

En el presente siglo el progreso ha sido ostensible. En Internet están disponibles enormes Bibliotecas digitales (de Universidades, de Congresos y Bibliotecas Nacionales ...), miles de cursos, audiobooks , software libre, wikis, sitios espectaculares (UNESCO, Smithsonian, Google Earth, Medline). El intercambio de información y conocimientos por Internet {paginas Web, Google, facebook, twitter, youtube, correo electrónico ...} globalizan la información y el conocimiento.

En actuaría como en todas las profesiones, el desarrollo de software permite grandes posibilidades para la aplicación de sus principios y metodologías. Se demandan entonces cambios radicales en la metodología educativa para desarrollar fundamentalmente el criterio con énfasis en la comprensión más que en el aprendizaje.

La manipulación genética, la construcción de armas nucleares, el calentamiento global, entre otros, plantean grandes desafíos éticos y morales.

En las dos últimas décadas el PIB (Producto Interno Bruto) por persona se ha más que duplicado en casi todos los países.

País	Poblacion 2006	GDP per capita (PPP Int.\$)			Incremento anual	
		1990	2000	2006	1990/2000	2000/2006
China	1,328,474	1,330	3,890	7,740	11.33%	12.15%
India	1,151,751	1,330	2,340	3,800	5.81%	8.42%
Etiopia	81,021	660	810	1,190	2.07%	6.62%
Costa Rica	4,399	4,940	7,530	10,770	4.31%	6.15%
Suecia	9,078	18,290	26,350	35,070	3.72%	4.88%
Colombia	45,558	4,310	5,810	7,620	3.03%	4.62%
Venezuela	27,191	4,630	5,690	7,440	2.08%	4.57%
España	43,887	14,240	21,820	28,030	4.36%	4.26%
Chile	16,465	4,430	8,780	11,270	7.08%	4.25%
Japon	127,953	18,990	25,980	33,150	3.18%	4.15%
Mexico	105,342	6,120	9,020	11,410	3.96%	4.00%
Brasil	189,323	5,150	6,960	8,800	3.06%	3.99%
USA	302,841	22,940	35,190	44,260	4.37%	3.90%
Italia	58,779	17,840	25,710	30,550	3.72%	2.92%
TOTAL	3,492,062	4,755	7,870	11,281	5.17%	6.19%

GDP = PIB (Producto Interno Bruto)

PPP Int\$ = Dólares ajustados al poder adquisitivo.

El mundo globalizado acumula cada día más riqueza y más capital. En Estados Unidos, los fondos de pensiones son propietarios de más del 50% del capital de los negocios más grandes del país. En Chile el monto de los fondos ya es superior al 70% del PIB y más del 30% se invierte en el extranjero.

En Colombia serán factibles grandes inversiones en infraestructura vial y portuaria gracias a los TES (Títulos de deuda pública adquiridos por los fondos de pensiones); actualmente se acumulan en los fondos cerca de un billón de pesos mensuales.

Por otra parte, países como la China y la India que albergan a más de 2,000 millones de personas, se abren a la inversión extranjera y demandan grandes cantidades de recursos energéticos, materias primas y bienes y servicios en general, y conmocionan el mercado mundial con exportaciones masivas a bajos precios.

La crisis financiera actual es parte de una serie de crisis concatenadas que continuarán sucediéndose dada la magnitud de los riesgos económicos y financieros, y sus efectos globalizadores.

Por otra parte, a raíz de estas crisis y de los procesos de globalización se ha venido elevando el nivel de las conciencias en todos los países, y colectivamente se comienzan a expresar con fuerza, por ejemplo en demanda de controles a la codicia, exigencias a la responsabilidad social y reclamos ante las absurdas situaciones de riesgo (calentamiento global) y en no pocos países ante la corrupción política y las inmensas desigualdades sociales.

Ya en el siglo pasado se habían iniciado grandes transformaciones. La caída del muro de Berlín, la disolución de la Union Soviética, el desarrollo capitalista de la China. Recientemente ha sido sorprendente la elección de un afro-descendiente como Presidente de Estados Unidos de America e inclusive de un indígena como presidente de Bolivia.

Caída del muro de Berlín, disolución de la URSS, comunismo capitalista de China, elección de Obama y de Evo Morales.



**El 9 de noviembre de 1989
derrumbaron el muro de Berlín**

**Deng Xiaoping, junto al presidente
estadounidense Jimmy Carter, en
Washington el 31 de enero de 1979
Comunismo capitalista !!**

**El 25 de diciembre de 1991 se
disolvió oficialmente la URSS**

Elección de Barack Obama

CONTEXTO SOCIAL

Colombia se encuentra entre los países con una mayor desigualdad socio-económica.

Los países con mayor desigualdad en el mundo					
	GDP average	GDP 10% richest	10% Poorest/ Average	Poblacion	
1	Bolivia	1,379	6,081	4.70%	9,499,637
2	Angola	3,623	16,195	5.99%	16,947,281
3	Namibia	3,372	21,918	6.10%	2,075,919
4	Honduras	1,722	7,267	7.10%	7,084,785
5	Colombia	4,724	21,683	7.60%	43,988,146
6	Haiti	699	3,341	8.79%	9,585,122
7	El Salvador	2,973	11,000	9.59%	6,861,756
8	Suriname	4,896	19,584	9.90%	449,346
9	Brasil	6,855	29,477	10.59%	191,597,374
10	Paraguay	1,997	8,447	10.90%	6,109,164
	China	2,432	7,636	23.79%	1,318,050,987
	Etiopia	245	627	40.63%	79,183,673
	Sueda	49,662	110,250	35.81%	9,147,839

GDP = PIB

Fuente : OMS (Organización Mundial de la Salud)

En Colombia surgen como urgentes y prioritarias audaces políticas de ordenamiento institucional, de Educación, de Pleno Empleo y de Seguridad Social.

Es urgente superar el espíritu burocrático de los funcionarios públicos. Hay que “acercarse a la comunidad”. La creatividad y la autenticidad deben reemplazar a las actitudes tradicionales de copiar políticas de moda en países desarrollados, que nada tienen que ver con nuestra realidad. La autenticidad se debe reflejar en la valoración y estímulo de nuestras fortalezas (la disposición al trabajo y a las expresiones artísticas y culturales, la creatividad, el calor humano, la biodiversidad ...) y en la superación de nuestras debilidades (baja autoestima, mesianismo, falta de criterio, corrupción, violencia). “Construir puentes donde no hay ríos”, construir escuelas sin maestros, son ejemplos de corrupción y falta de criterio.

Dar impulso a formas novedosas y económicas de transporte



“El desarrollo del criterio” debería ser una materia básica del pensum estudiantil desde temprana edad. El desarrollo tecnológico y la globalización lo exigen. El desarrollo del criterio exige “no comer cuento”, indagar, profundizar, dialogar, antes de decidir.

Es común observar las impulsivas y absurdas conclusiones y decisiones de muchas personas y autoridades, ante argumentos falaces que hábilmente se presentan a través de los medios de comunicación, ocultando los verdaderos intereses que se quieren beneficiar. **No solamente ocurre con ocasión del uso del Internet y sus redes sociales por parte de niños y jóvenes.** En Colombia, por ejemplo, para desprestigiar a las EPS (*las aseguradoras del Sistema de Salud que se implementó a raíz de la ley 100 de 1993 con el fin de otorgar una cobertura universal de aseguramiento bajo un sistema de competencia regulada con la participación del sector privado, abandonando la inhumana tradición de dejar en manos de la asistencia pública y de la caridad la salud de las mayorías populares*), ha surgido el argumento de que a partir de la ley 100 la salud se convirtió en un negocio y por lo tanto hay que rescatarla de manos ávidas de lucro. **Con este argumento falaz pretenden regresar al antiguo y no pocas veces corrupto monopolio estatal.** La verdad es que el 90% de las aseguradoras (EPS's) son entidades sin ánimo de lucro (Cooperativas, Cajas de Compensación Familiar y entidades públicas) y por lo tanto no poseen un dueño o Junta Directiva que reclame sus utilidades. Por eso, por ejemplo, las utilidades de Saludcoop (la EPS con mayor número de afiliados), que es una entidad cooperativa, se reinvierten e incrementan el **patrimonio social**, dando lugar a una gran empresa orgullosamente colombiana, y cuyo objeto social no son las utilidades sino la prestación de servicios de óptima calidad. Este tipo de argumentos falaces fácilmente mueven la voluntad de “personas sin criterio” que no validan la información que reciben ni indagan sobre los verdaderos intereses y propósitos del que los utiliza. **Por otra parte, se cuestionan válidamente vergonzosos indicadores de salud pública ... y se hace responsable al sistema de aseguramiento, cuando el desarrollo y operatividad de los programas de salud pública son responsabilidad de las entidades territoriales.**

LA SEGURIDAD SOCIAL

Las reformas a la seguridad social han sido una necesidad surgida prioritariamente de argumentos económicos y sociales. Esto ha implicado que los resultados dependan en cada país del poder de negociación de las instancias políticas frente a los grupos de presión, en especial de los que ven amenazados sus privilegios tradicionales.

Desde finales del siglo pasado se han procurado reformas en todos los países, especialmente para garantizar la sostenibilidad financiera de los sistemas a mediano y largo plazo y responder a las demandas sociales y a los procesos demográficos y laborales.

La evolución del sistema de seguridad social está ligada a la evolución de dos visiones tradicionales y complementarias de la seguridad social : La alemana o “Bismarkiana” y la inglesa derivada del “informe Beveridge”.

Mediante el sistema “Bismarkiano” se protege a los trabajadores del sector formal (asalariados) con varios sistemas financiados con cotizaciones obligatorias de los trabajadores y de los empleadores.

En el “informe Beveridge” se plantea la necesidad de organizar sistemas básicos de protección para toda la población, tanto formal como informal. Bajo esta intención, los gobiernos implementaron en el siglo pasado sistemas de asistencia pública “universales” que se prestaban normalmente por instituciones públicas y con recursos fiscales.

En los diversos países, su grado de desarrollo y cultura política, y el grado de acceso a los servicios, fueron factores que incidieron notablemente en los resultados de morbilidad. (1,10)

EL SISTEMA DE SALUD

El sistema tradicional de seguridad social en salud, en latinoamérica, incluye :

- La Asistencia Pública conectada con Políticas de Salud Pública,
- El Seguro Social y
- Los Seguros privados.

Como hechos puntuales que han presionado las reformas se pueden destacar los siguientes :

- **El incremento desproporcionado del costo de los servicios médicos,**
- **El crecimiento de las expectativas de la población ante el avance tecnológico,**
- **El crecimiento de la demanda por el incremento porcentual de la población de adultos mayores.**

(2,1)(3,11)

Por otra parte una tendencia en todos los países es definir el conjunto de procedimientos, tratamientos y umbrales a que toda la población tiene derecho, aplicando una metodología que se considere adecuada y que consulte la escasez de los recursos frente a las enormes posibilidades de demanda de servicios y el acelerado desarrollo tecnológico y médico en general, cuyos costos muchas veces superan umbrales casi imposibles de reconocer como derechos. Como ejemplo está el tema de las enfermedades huérfanas o raras. (4,16)

Actualmente se evalúan e implementan sistemas de aseguramiento abiertos a la competencia y bajo los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad.

Metodología de evaluación para una visión global del aseguramiento universal

Las siguientes evaluaciones tienen el propósito de mostrar una metodología de evaluación que permita una visión global internacional en relación con el aseguramiento universal.

Los cálculos implican promedios y aproximaciones suficientes para efectos comparativos.

Todos los valores se expresan en dólares de Estados Unidos.

Calcularemos el costo aproximado de un seguro universal bajo un sistema de competencia regulada y el pago de una prima por persona.

En la Tabla 1 se muestra la prima-año, por persona, en dólares, que a manera de prima promedio se obtiene para los servicios de consultas médicas (general, especializada y de urgencia). Para todos los países se aplica un factor de 1.5 aplicado al salario promedio de los médicos para obtener el costo total incluyendo otros costos usuales. Se utiliza un factor de cuatro consultas-año por persona.

TABLA 1
Consultas (general, especializada y urgencia)

	Salario mes	Costo consulta	Prima-año
Colombia	2,500	10.8	43.4
Chile	3,500	15.2	60.7
España	6,000	26.0	104.0
Reino Unido	8,000	34.7	138.7
Estados Unidos	12,000	52.0	208.1

Costo consulta = Salario mes X 1,5 / 346 consultas al mes

346 consultas al mes = 16 consultas al día X 260 días al año / 12 meses del año

Prima-año = Costo consulta X 4,0

(5,3)(6,4)

En la Tabla 2 se muestra la prima-año resultante para los servicios de Hospitalización Médica y Cirugías Hospitalarias, exceptuando las derivadas de las enfermedades de "alto costo" según la definición colombiana.

La Frecuencia anual se refiere al número de casos en un año dividido por la cantidad de asegurados (expuestos al riesgo). Un sistema de capitación optimiza el uso hospitalario.

TABLA 2
Hospitalización con o sin Cirugía (HyC)

	Costo promedio (dólares)	Frecuencia anual	Prima-año (dólares)
Colombia	1,200	6.0%	72
Chile	1,800	8.0%	144
España	6,000	10.0%	600
Reino Unido	8,000	12.0%	960
Estados Unidos	12,000	12.0%	1,440

Prima-año = Costo promedio X Frecuencia anual

(7,5)

De acuerdo con diversas evaluaciones, hemos estimado, para efectos comparativos, un factor de 2.2 aplicado al costo acumulado de las consultas y de las hospitalizaciones (exceptuando las de alto costo) para obtener el costo total. Esto implica que el costo de las consultas y de la hospitalización es del orden del 45% del costo total.

En la siguiente Tabla se muestra el resultado y lo que representa frente al Producto Interno Bruto(PIB). La fuente de la información del PIB por persona (año 2008) ha sido el Fondo Monetario Internacional.

TABLA 3

	PIB/persona	Prima año Con. + HyC	Factor costo	Prima año por persona	Prima año universal /PIB
Colombia	4,985	115.4	2.2	254	5.09%
Chile	10,124	204.7	2.2	450	4.45%
España	35,331	704.0	2.2	1,549	4.38%
Reino Unido	43,785	1098.7	2.2	2,417	5.52%
Estados Unidos	46,859	1648.1	2.2	3,626	7.74%

Con. = Consulta Prima año por persona = (Factor costo) X (Prima año Con.+HyC)

Se asume que esta prima de capitación del seguro universal se financia con recursos fiscales, cotizaciones y copagos.

Como dato comparativo, en Colombia la Unidad de Pago por Capitación (UPC) anual (prima anual del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (Plan para los cotizantes), fue de \$447,422 pesos (220 dólares) en el 2008, más los copagos que constituyen ingresos adicionales. Esta UPC del Régimen Contributivo se financia en su totalidad con las cotizaciones obligatorias. El esfuerzo fiscal está dirigido al sector no formal (Régimen Subsidiado).

Como se observa, es posible otorgar una cobertura de aseguramiento universal de competencia regulada con recursos fiscales del orden del 3.5 % del Producto Interno Bruto (PIB), complementada con cotizaciones obligatorias y copagos. Los programas de Salud Pública requieren recursos adicionales. (8,6)

Para analizar la racionalidad de este resultado y efectuar una comparación internacional, comparamos la prima resultante con el gasto por persona que en cada país se destina a la cobertura en salud en el sistema de seguros sociales.

Este gasto por persona se deriva de la información sobre el gasto en salud como porcentaje del PIB, en sus principales componentes, y de la población asegurada.

En la Tabla 4 se muestran estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2008. (9,14)(10,8)

TABLA 4

	1)	2)	3)	Total	% del PIB
Estados Unidos	54.2%	13.14%	32.7%	100.0%	15.3%
Chile	47.3%	35.41%	17.3%	100.0%	5.3%
España	28.8%	5.20%	66.0%	100.0%	8.4%
Suecia	18.3%	0.00%	81.7%	100.0%	9.2%
Colombia	14.6%	61.74%	23.7%	100.0%	7.3%
Reino Unido	12.7%	0.00%	87.3%	100.0%	8.2%
Cuba	8.4%	0.00%	91.6%	100.0%	7.7%

- 1) Gasto seguros privados y gasto de bolsillo
- 2) Gasto del seguro social
- 3) Gasto del gobierno

Hay países como España, Suecia, Reino Unido y Cuba con un sistema de aseguramiento universal público financiado con recursos fiscales. (Financieramente favorecen a los trabajadores del sector formal frente al resto de la población, si se compara con los sistemas solidarios que incorporan las cotizaciones de los trabajadores formales al sistema de financiación, como el caso colombiano).

Entre otras presiones, hay insatisfacción generalizada y la población demanda la apertura hacia la libertad de elección. (11,7)

En Estados Unidos los trabajadores formales están obligados a adquirir un seguro privado familiar, y el resto de la población, incluyendo a los desempleados, no tienen seguro social a menos que cumplan exigentes requisitos (Medicaid o Medicare). Sin cobertura se encuentran más de 45 millones de personas (15% de la población). Con la reciente reforma se inicia la cobertura universal. **La reciente reforma va dirigida a la creación de un seguro social público y universal que ofrezca una alternativa al trabajador formal, similar al sistema chileno.** (12,2)

En Chile el trabajador formal puede destinar su cotización (7% de su ingreso) a la adquisición de un seguro privado (en una ISAPRE) y los trabajadores cuyos ingresos no son suficientes para adquirirlo, deben afiliarse al seguro social público (FONASA). FONASA también le presta servicios a los trabajadores informales y a sus familias.

El interés en Chile se centra en otorgar un aseguramiento universal utilizando el sistema de patologías y Guías de Práctica Clínica (Plan AUGE).

A diferencia de Chile, en Colombia la cobertura universal se brinda por medio de un contrato de seguro denominado Plan Obligatorio de Salud-POS. El sistema de la ley 100 de 1993 establece que todos los trabajadores formales deben aportar a un fondo común el 12.5% de su ingreso; que todos los habitantes estén cubiertos con el mismo Plan de seguro (POS) y la prima del seguro (Unidad de Pago por Capitación-UPC) que se le reconoce a las Empresas Promotoras de Salud-EPS, es totalmente independiente del aporte (depende básicamente de la edad y el sexo).

El Plan de Salud es obligatorio y universal, de competencia regulada (varias EPS que garantizan la libertad de elección), y complementariamente se financia con recursos fiscales destinados al Régimen Subsidiado (trabajadores no formales).

Es importante observar que actualmente (2009) el gasto de bolsillo en Colombia es de los más bajos del mundo como se observa en la siguiente Tabla.

TABLA 5

	Gasto de bolsillo como % del PIB
Estados Unidos	12.7%
Peru	32.3%
Chile	25.9%
España	21.5%
Suecia	10.3%
Colombia	6.4%
Reino Unido	11.6%
Cuba	7.8%
Argentina	23.9%
Alemania	13.2%

Por los motivos expuestos, entre otros, la Organización Mundial de la Salud ha declarado que según su estudio, entre los sistemas de salud de 191 países, el sistema de financiación colombiano es el más equitativo (numero 1) en el mundo. (13,9)(14,23)

Dado que actualmente el POS de los trabajadores formales (Régimen Contributivo con cerca de 17 millones de asegurados) es diferente al POS del resto de la población (Régimen Subsidiado con cerca de 23 millones de asegurados) se espera que el próximo año (2011) se unifiquen. Según cálculos iniciales se requieren entre 3 y 5 billones de pesos anuales, adicionales.

Continuando con las evaluaciones, en las siguientes Tablas utilizaremos la información de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sobre el PIB la suministrada por el Fondo Monetario Internacional para el 2008. Para Cuba se tomó el PIB por habitante según el Banco Mundial. (15,22)

TABLA 6

	PIB por habitante 2008 (dolares)	Habitantes	PIB resultante millones (dolares)
Estados Unidos	46,859	304,415,374	14,264,600
Chile	10,124	16,749,605	169,573
España	35,331	45,619,060	1,611,767
Suecia	52,790	9,178,822	484,550
Colombia	4,985	48,275,627	240,654
Reino Unido	43,785	61,073,084	2,674,085
Cuba	2,156	11,267,000	24,292

(16,24)(17,15)

Se observa que para Colombia no se ajustó la población a la del censo del 2005.

TABLA 7

	Población			Gasto anual por persona	
	Sin seguro	Con Seguro Social	Con Seguro privado	Seguro Social	Seguro privado
Estados Unidos	45,000,000	85,000,000	174,415,374	3,375	5,188
Chile	1,500,000	12,549,605	2,700,000	254	712
España	0	42,919,060	2,700,000	2,082	3,654
Suecia	10	8,578,812	600,000	4,245	5,928
Colombia	4,000,000	39,975,627	1,300,000	271	1,107
Reino Unido	0	60,573,084	500,000	3,160	4,623
Cuba	0	11,237,000	30,000	152	351

La población asegurada se tomó de diversas fuentes. La Población "Con Seguro Social" es la significativa. (18,19)

Para Colombia se ajustó la "población sin seguro" acorde con el censo del 2005.

En el cálculo del gasto anual por persona de la Población "Con seguro privado" se ha excluido el "gasto de bolsillo".

TABLA 8

	Estimación Prima aseguramiento universal	Gasto por persona en Seguro Social	Población cubierta en Seguro Social
Colombia	254	271	82.8%
Chile	450	254	74.9%
España	1,329	2,082	94.1%
Reino Unido	2,417	3,160	99.2%
Estados Unidos	3,626	3,375	27.9%

La población no cubierta en Seguro Social, está cubierta por un seguro privado o no tiene ningún seguro.

Esta metodología permite una visión global comparativa. Hay que tener en cuenta que el gasto en Seguro Social incluye otros servicios diferentes a la tradicional atención en salud (incapacidades, licencias por maternidad, en Colombia servicios “tutelados”, etc), y la estimada “Prima de Aseguramiento Universal” incluye los copagos.

Se podría decir que en España y en el Reino Unido, el comportamiento es “normal”. En Estados Unidos y en Chile el gasto destinado al seguro social es muy bajo y ocasiona para los estratos bajos un alto “gasto de bolsillo”.

Por otra parte hay que señalar que en Colombia se destinan grandes recursos a servicios de salud diferentes a los destinados para el POS y no financiados con recursos del aseguramiento.

TABLA 9

	Otros gastos del gobierno como % del PIB
Colombia	1.7%
Chile	0.9%
España	0.4%
Reino Unido	0.0%
Estados Unidos	5.0%

En teoría estos gastos se destinan prioritariamente a los programas de Salud Pública, en Colombia a cargo de las entidades territoriales.

Otras características del sistema colombiano

(19,12)(20,17)

Con el fin de mejorar la eficiencia en el manejo de los recursos, en Colombia mediante la ley 100 de 1993 se creó un sistema de aseguramiento universal de competencia regulada con participación del sector privado.

Más del 90% de las primas del Plan Obligatorio de Salud (POS), son administradas por Empresas Promotoras de Salud (EPS) públicas y por EPS privadas creadas por entidades sin ánimo de lucro (como las Cajas de Compensación Familiar, diversas Cooperativas y mutuales).

La participación mayoritaria del sector de economía solidaria le da al sistema colombiano una gran fortaleza, toda vez que el interés fundamental es de características sociales. Por otra parte, siempre y cuando la UPC sea suficiente, la solvencia del sistema está garantizada y por lo tanto los derechos de los usuarios, por ser un sistema de libre elección (entre EPS) con acumulación de antigüedad y sin selección del riesgo. Para la cobertura denominada de Alto Costo se ha establecido un mecanismo de compensación.

El sistema de aseguramiento es sin duda un gran avance sobre el sistema antiguo de asistencia pública y exige una gran eficiencia en su manejo. Como la Comisión de Regulación en Salud (CRES), recién nombrada, deberían existir diversas Comisiones y Consejos Consultivos de expertos dando mayor participación a los diversos actores del sistema.

Sentencias de la Corte Constitucional

La Constitución Nacional de 1991 estableció la figura de la tutela para el reclamo inmediato de garantía de derechos fundamentales. No obstante haber precisado la Corte Constitucional en diversas Sentencias que el derecho a la atención en salud es un derecho prestacional cuando no está conexo con un derecho fundamental como el derecho a la vida, y por lo tanto está sujeto a las normas y a los recursos disponibles, en la Sentencia T-760 de 2008 presidida por el Magistrado Manuel Jose Cepeda, prácticamente se delega en el médico tratante la orden de gastos por servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. Esto ha resultado para el sector en el despilfarro de más de mil millones de dólares y en una crisis financiera sin precedentes. **Hasta la declaratoria de la “Emergencia Social” por parte del gobierno, el Ministerio de la Protección Social había sido incapaz de ejercer el liderazgo para solucionar estos graves problemas, acumulados por varios años.**

La Emergencia Social

Desafortunadamente ante la negligencia del Ministro de la Protección Social y de la Corte Constitucional se ha estado permitiendo la corrupta alianza de algunos médicos y laboratorios farmacéuticos que han estado socavando la solidez financiera del sistema por reclamar medicamentos y servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y notoriamente injustificados, con el agravante de que son pagados con recursos destinados al POS (no hay aportes adicionales del Estado) y sin atender la capacidad de pago del usuario.

Obligatoriamente, por sus nefastas consecuencias, en el próximo año (2011) se habrá solucionado este grave problema financiero (se establecerá un fondo exclusivamente destinado a las tutelas (servicios excepcionales), con controles adecuados y financiado con recursos fiscales y no con las cotizaciones de trabajadores y empleadores). Además se logrará la cobertura de aseguramiento universal; todos tendremos los mismos servicios básicos, especializados y de alto costo, pudiendo seleccionar libremente nuestra aseguradora (EPS) y cambiarla cuando no estemos satisfechos con sus servicios. La Salud Pública y la Atención Primaria son responsabilidades públicas territoriales. Es allí donde se encuentran indicadores que inducen a justos reclamos y por lo tanto donde debe estar la mayor exigencia de superación.

La suficiencia de la prima

Sobre la prima del seguro universal o Unidad de Pago por Capitación (UPC), se parte de la base de que debe ser “suficiente”.

No es posible definir la suficiencia de una prima de capitación sin tener en cuenta indicadores de calidad (oportunidad, satisfacción, seguridad) y pisos tarifarios que se consideren aceptables.

Los componentes del equilibrio financiero y de los indicadores de calidad deben estar correlacionados y ser validados y actualizados periódica y simultáneamente, y en especial cada vez que se modifique el contenido del Plan Obligatorio de Salud (POS).

En Colombia esta suficiencia, con una adecuada y aceptada metodología, no se ha definido claramente todavía. Hasta ahora se ha utilizado como argumento para su actualización, el supuesto equilibrio financiero entre la prima (UPC) y la demanda de servicios y sus costos, de acuerdo con los estados financieros de las EPS y los recursos financieros del FOSYGA.

(21,20)

Por ser un sistema joven de aseguramiento universal, entre otros motivos, es normal que se incremente sustancialmente la demanda por servicios, especialmente en las clases populares. Ante este incremento **es urgente establecer pisos tarifarios para evitar la creciente presión de las EPS sobre las IPS, y por supuesto, revisar consecuentemente la UPC.**

En todos los países, el desarrollo reciente ha implicado también el desarrollo de Guías de Práctica Clínica y diferentes metodologías de evaluación económica de los diversos tratamientos: costo-beneficio, costo-eficiencia, costo-utilidad, incluyendo indicadores de calidad de vida, de años de vida ganados, etc

Es necesario que en cada país se tenga claridad sobre las necesidades y prioridades para utilizar adecuadamente estas herramientas. De lo contrario pueden generar una escalada en los costos que deteriore la calidad de los servicios y acreciente las dificultades financieras.

Seguros complementarios

En todos los países cada vez es más difícil administrar las listas de espera.

En Colombia la clase media deberá comprender que mediante el sistema de seguridad social se procura ante todo la cobertura universal para beneficiar especialmente a las clases populares. Ante la escasez de recursos son necesarias las limitaciones, fundamentalmente en hotelería y en el uso de alta tecnología, cuando no pocas veces soportar la existencia de largas listas de espera. **Los seguros complementarios, aprovechando la red de atención de las EPS que implica costos reducidos, son indispensables para mejorar la cobertura oxigenando financieramente el sistema.** Estos seguros complementarios están abiertos a la creatividad de los prestadores, de las EPS y de las aseguradoras. El mercado potencial (no cubierto todavía) se puede estimar en más de 5 millones de asegurados.(22,13)

De las políticas de salud pública y el fortalecimiento institucional

En Latinoamérica, el mejoramiento de los indicadores de salud ha tenido dificultades ante la magnitud de la informalidad, las dificultades para el acceso a los servicios y no pocas veces el hecho de que los gobiernos locales no hayan prestado la suficiente atención a las políticas de salud pública ni hayan sido apoyados adecuadamente por el gobierno central. Se ha visto la necesidad de fortalecer las políticas de salud pública y la atención primaria en un proceso de empoderamiento de las diversas comunidades.

(23,18)(24,21)

En Colombia las entidades territoriales tienen a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción, según el artículo 46 de la ley 715 de 2001.

Ya en marcha el sistema de aseguramiento universal de competencia regulada, en Colombia la Política Nacional de Salud Pública debe ser el eje central de la gestión de las entidades territoriales, con énfasis en lo social y con prioridad en la atención primaria; y a nivel nacional debería tener carácter ministerial (Ministerio de Salud Pública). Garantizar la seguridad alimentaria y nutricional, vigilar el medio ambiente, promover hábitos saludables y consolidar la participación comunitaria son prioridades. Se deben destinar recursos adicionales para los programas de salud pública. Una opción es integrar la atención primaria a los programas de salud pública reasignando recursos que actualmente se administran en el sistema de aseguramiento a cargo de las EPS.

El desafío en esta mitad del presente siglo no puede ser la simple enumeración de buenas intenciones. Es apremiante potenciar la capacidad institucional para estimular el surgimiento de nuevos liderazgos y avanzar con una actitud de apertura mental que estimule la creatividad, y en un esfuerzo de autenticidad plasmar en hechos concretos los consensos resultantes en procura de las mejores opciones.

REFERENCIAS

- (1) Annex Table 2 : Basic Indicators. Internet
<http://www.who.int/whr/2000/annex/en/index.html> Consultado en agosto de 2009.
- (2) Health Insurance Costs. Facts on the Cost of Health Insurance and Health Care. National Coalition on Health Care. Internet <http://www.nchc.org/facts/cost.shtml>
Consultado en agosto de 2009.
- (3) Noticia : El Congreso de EEUU busca un acuerdo en la reforma sanitaria. Swissinfo.ch Internet
http://www.swissinfo.ch/spa/suiza_y_el_mundo/internacional/El_Congreso_de EEUU busca un acuerdo en la reforma sanitaria.html?siteSect=143&sid=11188270&cKey=1252475818000&ty=ti Consultado en septiembre de 2009
- (4) Noticia 2008. Internet
[http://www.biofarmacos.org/noticia/39-casi-4-millones-de-colombianos-padecen-enfermedades-\"huerfanas\".html](http://www.biofarmacos.org/noticia/39-casi-4-millones-de-colombianos-padecen-enfermedades-\) Consultado en agosto de 2008
- (5) Federación Médica Venezolana. Internet
http://www.federacionmedicavenezolana.org/fmv2008/?option=com_content&task=view&id=12931&Itemid=118 Consultado en agosto de 2009.
- (6) Salary Chart. Median Salary by Job. Pay Scale. Internet
http://www.payscale.com/research/US/People_with_Jobs_as_Physicians_%2f_Doctors/Salary Consultado en agosto de 2009.
- (7) Inpatient, average cost, typical prices. Consumer Health Ratings.com Internet
http://www.consumerhealthratings.com/index.php?action=showSubCats&cat_id=207
Consultado en agosto de 2009
- (8) Planes de seguros. Internet
<http://www.e-consultas.com/SegurosMedicosEspana.htm> Consultado en agosto de 2009.
- (9) Gasto en salud Tabla 7. Organización Mundial de la Salud Informe 2009. Internet
http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table7.pdf Consultado en septiembre de 2009
- (10) Estadísticas Sanitarias Mundiales. WHO Statistical Information System (WHOSIS) Internet <http://www.who.int/whosis/en/> Consultado en agosto 2009.
- (11) Underfunded NHS 'is unable to offer effective obesity treatment'. Internet
<http://www.privatehealth.co.uk/news/september-2009/underfunded-nhs-obesity-treatment-30884/> Consultado en agosto de 2009
- (12) The Path to a High Performance U.S. Health System: A 2020 Vision and the Policies to Pave the Way. The Commonwealth Fund. Internet
<http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Fund-Reports/2009/Feb/The-Path-to-a-High-Performance-US-Health-System.aspx> Consultado en agosto de 2009
- (13) Annex Table 1 : Health system attainment and performance. Internet

http://www.who.int/whr/2000/en/annex01_en.pdf Consultado en agosto de 2009.

(14) The World Health Report 2000. Internet
<http://www.who.int/whr/2000/en/> Consultado en agosto de 2009

(15) World Health Statistics 2008 Internet
<http://www.pdf-search-engine.com/2008.-pdf.html> Consultado en agosto de 2009

(16) GDP 2008. International Monetary Fund. Internet
<http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/01/weodata/weoselgr.aspx> Consultado en agosto de 2009.

(17) GDPBancoMundial2008.pdf Internet
<http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GDP.pdf> Consultado en septiembre de 2009

(18) Critical issues in health reform. 2009. Internet
http://www.actuary.org/pdf/health/market_reform_may09.pdf Consultado en septiembre de 2009

(19) El Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia. Revista Salud Colombia. Internet
<http://www.saludcolombia.com/actual/lareform.htm> Consultado en septiembre de 2009.

(20) La viabilidad del sistema de salud. 2005 Internet
http://www.fundacioncorona.org.co/descargas/publicaciones/salud/SAL_26_SDT12_Estud_SostenibiFinancieSGSS.pdf Consultado en agosto de 2009

(21) Castaño Ramon. Bardey David. La regulación de tarifas en el sector de la salud en Colombia.2007. Internet
<http://foros.uexternado.edu.co/ecoinstitucional/index.php/ecoins/article/view/13> Consultado en agosto de 2009.

(22) Noticia : El problema de las listas de espera sitúan la sanidad española por debajo de la media europea, según un estudio. Europa Press. Internet
<http://www.europapress.es/salud/noticia-problema-listas-espera-situan-sanidad-espanola-debajo-media-europea-estudio-20081113173003.html> Consultado en septiembre de 2009.

(23) Cuba. Atención primaria de salud. Internet
http://www.who.int/whr/2008/media_centre/cuba_es.pdf Consultado en agosto de 2009

(24) Alvarez Gilberto. Plan Nacional de Salud Pública. Avances y retos. Foro organizado por el Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia en el 2008.
http://www.unfpacolombia.org/home/unfpacol/public_htmlfile/plannacionaldesaludpublica2007_10.pdf Consultado en agosto de 2009