

El sistema de salud colombiano; una “Sinfonía Inconclusa” riesgosa

Dov Chernichovsky, Ph.D.

**Departamento de Administración de la Salud
Ben Gurion University of the Negev, Israel**

Cali, Sep. 2010

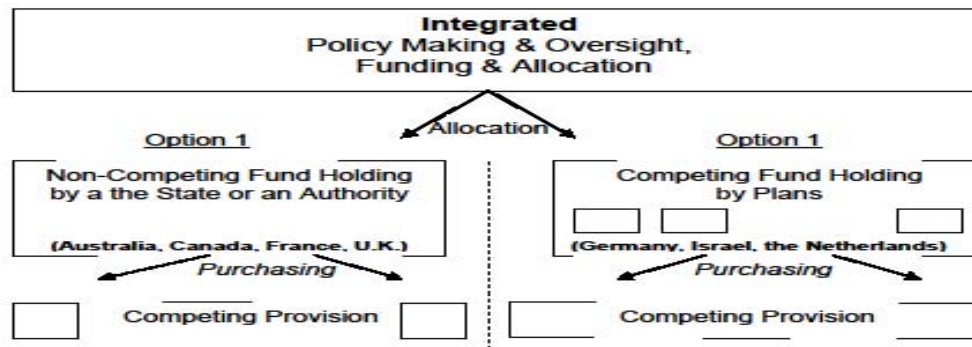
Parte a: Introducción

El legado

- **La “sinfonía”** – En 1993 Colombia capitalizó la experiencia internacional al adoptar la Ley 100, un modelo continental (e.g. Bélgica, Alemania, Israel y Holanda). En vista de ello, la cobertura universal:
 - Es financiada por contribuciones determinadas
 - Es organizada y administrada por administradores de fondos, que compiten (“aseguradores”)
 - Implementada principalmente por personas, sin fines de lucro.
- **“Inconclusa”** – al no haber completado hacia 2010 lo que estaba planeado para finalizar en 2001, Colombia no ha capitalizado los beneficios completos del modelo: *mejor salud, equidad, control de costos y sostenibilidad y satisfacción con el sistema.*

El diseño básico

Figure 1: Emerging Paradigm System Design.



El perfil financiero de la salud en Colombia

Country	Total health expenditure per capita (US\$)	Total health expenditure percent of GDP	Govt health expenditure share of total health expenditure	Govt health expenditure share of budget	Private health expenditure share of total health expenditure	Infant Mortality per 1000
Brazil	\$587	8.6%	56.8%	7.2%	43.2%	27
Chile	\$547	5.6%	53.6%	14.5%	46.4%	8
Colombia	\$276	7.4%	86.2%	17.0%	13.8%	19
Mexico	\$552	6.5%	46.5%	11.9%	53.5%	18

El riesgo

Es improbable que ésto termine tan bien como la “sinfonía inconclusa”: el sistema carece de control efectivo de costos y medidas de sustentabilidad

¿Por qué?

**Una vez que se despega, hay que
continuar avanzando...**

¡de otra forma...!

La solución

Implementar plenamente los principios del modelo

– denominado aquí el Paradigma Emergente (PE) – de acuerdo al cual se modeló la Ley 100

Parte b: Principios del PE

&

**El sistema de cuidado de la salud en
Colombia**

Principio 1:

Los derechos deben ser uniformes sobre un “núcleo” de beneficios médicos universales

Colombia

- Los beneficios no están definidos, de manera que hay dificultades en el control de costos y falta sustentabilidad.
- Los beneficios no son uniformes. Hay dos regímenes de beneficios, llevando a desigualdad, e incentivos para moverse hacia el sistema ‘formal’ cuando sea posible sin contribuir, llevando a financiación deficiente
- Beneficios/ cobertura no son universales, afectando la equidad

Principio 2:

La elegibilidad se basa principalmente en condiciones e indicaciones médicas, y no varía como consecuencia del estatus laboral, lugar de trabajo, afiliación política o nivel de contribuciones individuales al sistema

Colombia

- Reflejo de la no-uniformidad de beneficios, hay un criterio de elegibilidad médica a los beneficios, pero también criterios no-médicos—afiliación al programa y sus determinantes— afectando la salud y la igualdad

Principio 3:

La financiación del derecho se basa en combinar contribuciones nacionales obligatorias, usualmente relacionadas con el ingreso y posiblemente atadas al seguro de salud

Colombia

- Las contribuciones se relacionan con el ingreso y se dedican obligatoriamente a la salud, lo que contribuye a la transparencia y a la rendición de cuentas.
- Sin embargo, el sistema dual determina que no haya una coparticipación nacional del riesgo, afectando todos los aspectos del sistema

Principio 4: No hay opción de salida

Colombia

- Los ciudadanos pueden evitar fácilmente contribuir la parte justa que les toca, afectando la equidad y la sustentabilidad

Principio 5:

El papel de los empleadores con respecto al núcleo de beneficios ha estado limitado al de agentes de afiliación y cobranza fiscal

Colombia

- OK

Principio 6:

La financiación privada, los pagos de bolsillo, y el seguro médico voluntario están disponibles con respecto a beneficios adicionales

COLOMBIA

- OK
- Sin embargo, si el núcleo de beneficios no está bien definido, el concepto de “beneficios extra” queda nulificado
- Puede llevar a transferencia de costos por los aseguradores y en general, afectando la eficiencia, el control de costos y la sostenibilidad

Principio 7:

El pool nacional de contribuciones se distribuye nacionalmente por criterios de necesidad y eficiencia, generalmente mediante un mecanismo de capitación ajustado por riesgo

COLOMBIA

- Hay dos grupos de riesgo, cada uno distribuyendo con sus criterios propios, lo que amenaza a la salud y a la equidad

Principio 8:

El cuidado médico es provisto por agentes públicos, privados, y sin fines de lucro quienes, dependiendo de los arreglos específicos, son contratados por planes tenedores de financiación o por la administración estatal correspondiente

Colombia

- OK

Principio 9:

Los planes participantes, cuando es aplicable, deben mantener afiliación abierta: durante periodos pre-determinados. Similarmente, los proveedores participantes deben aceptar a cualquier paciente, de acuerdo con las previsiones de los planes o de los tenedores de financiación

Colombia

•**OK**

Parte c: Conclusión

Para tener un sistema de salud avanzado, Colombia debe concluir la sinfonía.

Las tareas clave, inconclusas, en Colombia

- Definir un conjunto **único**, sostenible y universal de prestaciones básicas, ajustadas periódicamente con acuerdo del Ministerio de Hacienda
- Establecer **un solo grupo de riesgo** para los fondos asignados a los beneficios básicos
- Establecer/mejorar una **única regla de ajuste de riesgo** como mecanismo de asignación de recursos que, a la vez, asignará a los administradores de los fondos (que son “centros de costos” regionales)

Crear un sistema unificado

Colombia puede ser un modelo
internacional

Muchas gracias