

CAPITULO 1
MARCO CONTEXTUAL:
LAS ENFERMEDADES RUINOSAS
O CATASTRÓFICAS – ERC - EN EL
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL
SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

“Las polémicas son inútiles, estar de antemano de un lado o del otro es un error, sobretodo si se oye la conversación como una polémica, si se la ve como un juego en el cual alguien gana o alguien pierde. El diálogo tiene que ser una investigación y poco importa que la verdad salga de uno o de boca de otro. Yo he tratado de pensar al conversar, que es diferente que yo tenga la razón o que tenga razón usted; lo importante es llegar a una conclusión, y de qué lado de la mesa llega eso, o de qué boca, o de qué rostro, o desde qué nombre, es lo de menos”.

Jorge Luis Borges.

Escritor Argentino 1899-1986

ESTRUCTURA GENERAL DEL CAPÍTULO.

- 1.1. Introducción.
- 1.2. Objetivo.
- 1.3. Metodología.
- 1.4. Resultados.
 - 1.4.1. Sistema de Salud Colombiano vigente desde 1993.
 - 1.4.2. Evolución de la normatividad legal sobre las ERC en Colombia.
 - 1.4.3. Proyecto de Ley 089 de 2000 – Fondo para casos de alto costo: la propuesta que puso a todos a opinar sobre las ERC.
 - 1.4.4. Posición de los aseguradores sobre el Fondo Único de Aseguramiento.
 - 1.4.5. La verdadera magnitud de las ERC en Colombia.
- 1.5. Anexos.
 - 1.5.1. Estructura general del Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano.
 - 1.5.2. Cruz Blanca EPS – generalidades: situación al año 2000.

1.1. INTRODUCCIÓN.

La salud en Colombia, como cualquier otro mercado, debe tener en cuenta el factor inversión-ganancia; con razón decía el extinto ministro colombiano de la Protección Social, Juan Luis Londoño[†], "la salud del sistema de salud, depende de la salud de la economía". Para la legislación colombiana las enfermedades ruinosas o catastróficas - ERC- son aquellas que son poco frecuentes, que implican un manejo de alta complejidad técnica, y por ende un alto costo, y tienen una pobre relación de costo-efectividad en su tratamiento (Ministerio de Salud, Resolución 5261 de 1994, Artículo 117).

Se necesitaron más de 5 años, de varios estudios y de la queja insistente del ISS (Instituto de Seguro Social colombiano) quien en su opinión concentraba la mayor cantidad de personas con ERC, para que a partir del año 2000 se empezaran a considerar seriamente las propuestas de solución para la atención de estas enfermedades, que si bien apenas afectaban a un pequeño número de compatriotas, demandaban la inversión de importantes recursos financieros que golpeaban los presupuestos de las aseguradoras.

1.2. OBJETIVO.

Dimensionar la magnitud y las características del problema constituido por las enfermedades ruinosas o catastróficas en Colombia a través de la evolución histórica y el comportamiento actual de las variables que lo constituyen, en especial: la normatividad legal que afecta su manejo, los mecanismos de aseguramiento de estas enfermedades y la prevalencia y distribución de ellas en la población asegurada.

1.3. METODOLOGÍA.

Para elaborar el marco contextual se hizo una Revisión Sistemática de la información existente en Colombia sobre enfermedades ruinosas o catastróficas, consultando tanto fuentes primarias como secundarias. La información de fuentes primarias se obtuvo a través del diálogo con actores del Sistema de Salud Colombiano que tienen capacidad de decisión, y por ende que pueden propiciar algún cambio, y con otros actores -más académicos que políticos- que conocen de primera mano la verdadera magnitud técnico-científica y económica del problema relacionado con las enfermedades ruinosas o catastróficas en Colombia. Estos diálogos se hicieron a través de varios medios: personalmente, por teléfono y/o por correo electrónico. Por otro lado, la información de fuentes secundarias se obtuvo a través de la consulta de documentos tanto en medio físico como en medio magnético, ubicados en instituciones del sector salud -tanto públicas como privadas-, bibliotecas, hemerotecas y bases de datos electrónicas. La estrategia de búsqueda de información de fuentes secundarias se basó en: a) identificar y obtener los documentos generados entre 1993 (año en que fue expedida la Ley 100 con la que se creó el actual sistema de salud colombiano) y 2003; b) evaluar la calidad y credibilidad de la

información obtenida; y c) extraer las citas y/o textos completos para ser referenciados adecuadamente dentro del marco contextual.

1.4. RESULTADOS.

1.4.1. SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO VIGENTE DESDE 1993.

Durante la década de los 90's, tres procesos en particular modificaron sustancialmente en Colombia la estructura de su Sistema Nacional de Salud creado en 1975: primero llega la descentralización política y administrativa del país que tuvo un directo impacto sobre el sector salud (la Ley 10 de 1990 introdujo un nuevo arreglo de competencias y responsabilidades entre el nivel nacional y los entes territoriales); luego, fortalecida por la nueva Constitución Política Nacional de 1991, llega la descentralización fiscal (Ley 60 de 1993) la cual obliga a importantes transferencias de recursos de los Ingresos Corrientes de la Nación hacia departamentos y municipios; y, finalmente, sucedió la Reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud iniciada en diciembre de 1993 con la aprobación de la Ley 100 que junto con sus normas reglamentarias constituye al actual sistema de salud colombiano.

Una síntesis de la estructura general del Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano¹ se presenta en el anexo 1.6.1 de este Capítulo para ubicar al lector en el tema del sector salud colombiano. Igualmente se incluyen allí algunas de las siglas más frecuentemente utilizadas.

1.4.2. EVOLUCIÓN DE LA NORMATIVIDAD LEGAL SOBRE LAS ERC EN COLOMBIA²

El cubrimiento de la población colombiana contra las enfermedades ruinosas o catastróficas se debe, primero que todo, a la introducción del artículo 49 en la Constitución Política de Colombia de 1991 que hizo de la Seguridad Social un derecho irrenunciable y universal. Adicionalmente la ley 100 de 1993 acogió el principio de la integralidad defendido por los sindicatos como derecho adquirido y

¹ Tomada de: Londoño, Beatriz; Jaramillo Iván y Juan Pablo Uribe. Descentralización y Reforma en los Servicios de Salud: el caso colombiano. En: The World Bank, Latin American and the Caribbean Regional Office, Human Development Department. LCSHD Paper Series N° 65. Marzo de 2001. Págs 75-80.

² Adaptado y modificado de: Jaramillo Pérez, Iván. La protección constitucional y legal en Colombia sobre las enfermedades catastróficas: un tortuoso camino y un final feliz.

que fuera desarrollado por el parágrafo del artículo 162 de dicha ley que exigió el “reaseguro” para las enfermedades de alto costo como garantía para el cumplimiento integral del Plan Obligatorio de Salud y como mecanismo que evitaría la selección adversa de los riesgos costosos por parte de las EPS (Entidades Promotoras de Salud) y las ARS (Administradoras de Régimen Subsidiado).

Es de recordar que cuando el anterior Sistema Nacional de Salud (1975–1993) clasificó los niveles de complejidad en salud por los cuales debería responder el sistema público llegó hasta el tercer nivel pero se negó a considerar como responsabilidad explícita del Estado el hoy denominado cuarto nivel o de las enfermedades ruinosas o catastróficas; sin embargo esto no excluyó que como espacio de práctica académica y docente se desarrollaran los Hospitales Universitarios de la mas alta complejidad.

No obstante el Sistema Nacional de Salud nunca encontró una solución eficiente y adecuada para atender masivamente las enfermedades de alto costo y al contrario en forma equivocada concentró gran parte del gasto público en los hospitales de alta complejidad, pero de muy baja eficiencia y productividad, distorsionando así la asignación del gasto publico y afectando gravemente las coberturas de la atención primaria y la equidad. A la postre, en gran medida, los llamados Hospitales Universitarios o de alta complejidad mas que responder por la adecuada atención de las enfermedades de alto costo se dedicaron a atender patologías de baja complejidad y los partos normales pero a un altísimo costo.

La reacción en contra de un sistema distorsionado en sus costos y gastos, con bajos indicadores de eficiencia y equidad, productividad y cobertura, no se dejó esperar y desde 1990 se impulsaron reformas que privilegiaron el primer nivel de atención en detrimento, por supuesto, de los hospitales de nivel superior, de tal forma que mientras el primer nivel recibía el 20% de la financiación hospitalaria en 1990, alcanzó el 43 % en 1999. Tal cambio se considera mas equitativo y benéfico pero tampoco resuelve el problema de la adecuada atención de las enfermedades costosas.

La atención de las enfermedades de alto costo estaban garantizadas antes de 1991 a solo una minoría privilegiada de los afiliados a la seguridad social lo cuales no eran mas del 20% de la población. Pero la seguridad social en ese entonces estaba cerrada de hecho para la mitad de los asalariados que nunca lograron la afiliación obligatoria y

mas aun para el 35 % de la población trabajadora independiente e informal, que no podía entrar a las cajas publicas de previsión, y que encontraba serias barreras a la entrada del ISS (Instituto de Seguros Sociales), entidad que por cierto levantó un muro impenetrable frente a los trabajadores independientes precisamente para evitar que le ingresaran enfermos de alto costo.

Por fuera de la Seguridad Social, ni siguiera la Medicina Prepagada, que llegó a cubrir en el mejor de los casos a un millón de personas, ofreció una alternativa seria para cubrir estas enfermedades catastróficas dado su sofisticado sistema de selección adversa mediante las reglas propias de las preexistencias, las exclusiones contractuales y los períodos de carencia.

Solamente con la reforma a la Constitución Nacional Colombiana en 1991 y el desarrollo legal para el sector salud a través de la ley 100 de 1993 se pudo allanar el camino para lograr un efectivo sistema de cobertura para las enfermedades de alto costo. No obstante el debate que condujo a concertar el articulado final debió sufrir un tortuoso camino para resultar exitoso. Primero debió luchar contra las posiciones cerradas de las empresas de medicina prepagada quienes hasta el ultimo momento trataron de transplantar a la Seguridad Social el sistema de preexistencias, exclusiones y carencias que filtraban los casos de alto costo, tal como en su momento lo impuso el sector privado con las ISAPRES Chilenas (Instituciones de Salud Previsional) o las HMO norteamericanas (*Health Maintenance Organizations*).

Adicionalmente se contó con la influencia negativa del Banco Mundial a través de su informe de 1993 “Invertir en Salud” el cual recomendaba proscribir del gasto público la atención de las enfermedades de alto costo, limitando dicho gasto publico a las coberturas de los programas de salud pública masiva e incluyendo solo la atención individual de la maternidad y los servicios clínicos esenciales. Para demostrar la validez de sus afirmaciones financiaron grandes estudios sobre la carga de la enfermedad y la aplicación del método de costo-eficiencia para evaluar el gasto en salud en sus diversos tipos de intervenciones, actividades y procedimientos.

Pese a pactos preliminares entre el gobierno de turno y las comisiones técnicas y políticas, en donde se había previsto una cuenta especial del FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía) para responder por las enfermedades de alto costo, por arte de magia legislativa la cuenta ECAT “Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito”

(originalmente pensada para proteger las Enfermedades Ruinosas) se convirtió de un momento a otro en el texto legal en la cuenta para atender catástrofes masivas y no enfermedades catastróficas individuales de ocurrencia mas eventual.

Posteriormente y en forma subrepticia, a espaldas incluso del gobierno y sus asesores del Banco Mundial, debió ser introducido el párrafo al artículo 162 que estableció la obligatoriedad para reasegurar la cobertura de las enfermedades de alto costo, y así evitar la selección de riesgos por parte de las aseguradoras (ARS y EPS), tal como en su momento se había evidenciado en otras reformas del cono sur del continente americano.

Finalmente el POS (Plan Obligatorio de Salud) de la Ley 100 de 1993 resulto ser una paradoja que ofrece más garantías para la protección de la salud en los dos tipos de servicios opuestos y extremos, pues por un lado reserva unos recursos especiales de la contribución obligatoria para las acciones de prevención y promoción y por el otro crea el sistema de reaseguro para enfermedades de alto costo, lo cual tiene vigencia tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado. Esta garantía financiera para las atenciones de IV nivel, que es excelente, contradice los criterios para la elaboración del POS escritos en el propio texto de la ley y que a letra dice:

...”En el Plan obligatorio de salud, se privilegian el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos y guías de atención de mayor costo efectividad, orientados a la solución de las enfermedades de mayor importancia para la comunidad de acuerdo con el perfil de morbimortalidad y a las condiciones de tecnología existentes en el país”...L.100/93, art. 222.

No obstante el proclamar la protección legal de las enfermedades de alto costo, para evitar la selección de riesgos de grupos vulnerables y costosos, según el esquema clásico de la seguridad social, se afirmaba que la única forma sería manteniendo el monopolio del aseguramiento en una sola entidad y obligando a la afiliación forzosa de toda la población. Pues al mantener el monopolio en una sola institución se garantizaría la coexistencia de ricos y pobres con un sistema de subsidios cruzados, de tal forma que un nivel elevado de afiliación permitiría diluir los altos costos de atención causados por individuos de alto riesgo (por grupo étnico o con enfermedades o accidentes ruinosos).

Siendo para el sistema colombiano un gran desafío poner en práctica dos principios contradictorios y a veces excluyentes tales como son: de un lado plantear, la competencia entre entidades aseguradoras (que en principio por la dinámica empresarial tenderían a excluir los riesgos costosos) y del otro al mismo tiempo evitar la selección de riesgos en los grupos sociales más vulnerables y costosos, se estudiaron varias alternativas, entre las que se cuentan:

- Acabar con los monopolios públicos nacionales y rifar o licitar las diversas regiones entre las EPS privadas, de tal manera que cada EPS se hiciera cargo de todos los riesgos y niveles de ingresos regionales
- Distribuir en forma obligatoria a los enfermos de alto riesgo entre las diversas EPS.
- Crear un sistema de afiliaciones colectivas intermediado por las alianzas o asociaciones de usuarios (los afiliados contribuyen y se vinculan a las asociaciones, y estas los reafilan a las EPS).
- Crear una cuenta especial en el FOSYGA que cubra los riesgos individuales de alto costo (la cual se cambió por las catástrofes).

La ley 100/93 finalmente no acogió ninguna de las ideas anteriores, algunas de ellas propuestas por destacados analistas extranjeros, pero desafiando todos los pronósticos previó un mecanismo novedoso “el reaseguro colectivo y obligatorio para enfermedades de alto costo” sin símil en el mundo y quizás solo comparable al seguro Holandés de tipo estatal para esta clase de enfermedades. La creación de este mecanismo - se esperaba - evitaría la selección de riesgos de los diversos grupos de bajos ingresos y alto costo de atención.

No obstante el mandato legal, el gobierno de turno no cedió totalmente en su punto de vista de restringir el acceso a tratamientos muy costosos y regulo la atención de las enfermedades catastróficas, que cuestan aproximadamente US\$10.000 dólares o mas por persona año, reglamentando que las mismas estarían sometidas a un sistema de períodos mínimos de cotización y copagos, lo cual en la práctica hacía inaccesible estos servicios para la mayor parte de los asegurados.

Posteriormente, una vez se puso en marcha el nuevo sistema de Seguridad Social, no faltaron las EPS que trataron de interpretar que tal reaseguro no era obligatorio o que el derecho a la atención de tales enfermedades estaba sometido al mismo régimen excluyente y de las preexistencias de las Empresas de Medicina Prepagada. Para dilucidar tales interpretaciones y poner en orden los derechos de los afiliados debieron intervenir entonces las altas cortes de justicia y control Constitucional.

Una vez aceptada la obligatoriedad de la atención sin restricciones, sin preexistencias, sin exclusiones contractuales y sin copagos al menos excesivos, y una vez configurado el nuevo mercado de los reaseguros por alto costo, el Sistema ha debido luchar contra el mal comportamiento de las reaseguradoras, las cuales han tratado por todos los medios de no reconocer oportunamente los siniestros, o reembolsarlos a tarifas no remunerativas y lo que es más grave han tratado de estimular la selección de riesgos de los enfermos de alto costo, invitando a las EPS y ARS a participar de las “utilidades” que produciría la supuesta buena administración del reaseguro (léase “buenas prácticas de la selección de riesgos”), llegando incluso a ofrecer beneficios camuflados como asistencia técnica a los administradores de la seguridad social y especialmente a los líderes populares al mando de las ESS (Empresas Solidarias de Salud), para evitar la referencia de pacientes con problemas de alto costo.

Todos estos manejos hicieron pensar que el sector privado asegurador no supo aprovechar la confianza que depositó en él la seguridad social en salud y que quizás lo mejor en el mediano plazo fuera que el FOSYGA maneje este reaseguro con una cuenta especial.

Es de observar que mientras el sistema tradicional de los subsidios a la oferta justificó grandes inversiones en sistemas hospitalarios muy complejos para atender las enfermedades de más complejidad, generando inequidades e ineficiencias, el sistema de subsidios a la demanda y de aseguramiento colectivo, obligatorio y masivo, ha producido que las primas que protegen a la población contra más de veinte calamidades de alto costo, se vean reducidas año tras año. Originalmente la prima llegó a cobrarse hasta por \$20,000 pesos persona año y hoy se puede conseguir en \$6'000.000 persona año, lo cual es una manifestación clara del poder racionalizador del aseguramiento obligatorio y colectivo y de los subsidios a la demanda para el manejo del alto costo.

Adicionalmente hay que destacar que la ampliación de reaseguro para el alto costo a más de veinte millones de colombianos coloca en manos de las aseguradoras recursos líquidos anuales por una suma superior a los \$120.000 millones de pesos, los cuales garantizan no solo la protección de la ruina económica a las familias de los asegurados, su buena atención médico-hospitalaria, sino que de paso se constituyen en recursos que permiten garantizar el desarrollo científico y tecnológico de la atención médica nacional de la más alta complejidad. Dejando de estar tal perspectiva atada a la inversión estatal en hospitales de alto costo o de estar limitada la atención a un reducido grupo de privilegiados.

1.4.3. PROYECTO DE LEY 089 DEL 2000 - FONDO PARA CASOS DE ALTO COSTO: LA PROPUESTA QUE PUSO A TODOS A OPINAR SOBRE LAS ERC.

El tema del aseguramiento y de la financiación de enfermedades ruinosas o catastróficas ha estado, junto con otros temas, incluido en las propuestas reformistas: aunque la controversia entre el Ministerio y el sector privado viene de tiempo atrás, la gota que rebozó la copa fue la inclusión de algunos artículos en el proyecto de ley 089 del 2000 que modificaría la estructura del Sistema Nacional de Salud establecida por la Ley 100 de 1993. Mediante este proyecto, que contaba con el respaldo del Ministerio de Salud y venía siendo discutido en la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, se pretendía crear un Fondo de Aseguramiento para el Tratamiento de ERC (Enfermedades Ruinosas o Catastróficas) que garantizara la cobertura universal de este tipo de servicios.

Para el Ministerio, las ventajas que tendría la medida estaban claras: en primer lugar, permitiría mejorar la cobertura de atención en salud de la población, que para el 2000 era cercana al 58%. El esquema propuesto también solucionaría los problemas de atención de ERC que se han presentado en algunas EPS. De acuerdo con Sara Ordóñez, Ministra de Salud en esa época, "la atención de las ERC muchas veces se resuelve mediante tutelas que congestionan la justicia. En algunas ocasiones, sucede que al final del proceso ya no hay enfermo a quien aplicarle el procedimiento que ordena el juez. Se trata de asegurarle al

usuario el tratamiento de ERC a que tiene derecho sin tener que recurrir a abogados"³.

Asimismo, el Ministerio de Salud consideraba que la medida permitiría que la atención de estos tratamientos se distribuyera de manera más equitativa entre las diferentes entidades del sistema. Según este, la selección cuidadosa del perfil de riesgo de los afiliados por parte de algunas EPS y los escasos controles del ISS en cuanto al establecimiento de períodos de carencia (tiempo de permanencia mínimo en el sistema para acceder a tratamientos de ERC) han propiciado una selección adversa en contra de este último (el ISS), que ha tenido que asumir el grueso de estos tratamientos y sobrellevar la pesada carga financiera que ellos implican.

A pesar de sus buenas intenciones, las eventuales consecuencias del proyecto generaron gran preocupación en el sector. Para la Asociación Nacional de Empresas Solidarias, el esquema propuesto afectaría la calidad del servicio y restringiría la libre competencia. De haberse aprobado el texto del proyecto, se temía que el Estado, por medio de los departamentos, quedara facultado para otorgar preferencialmente los contratos de atención de ERC a su propia red de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas o a alguna red privada remitida por una de ellas. Al abrir esta posibilidad, los sofisticados tratamientos que requieren las ERC quedarían en manos de IPS públicas, que por lo general cuentan con serios problemas en cuanto a eficiencia y disponibilidad tecnológica. La medida también minaría la transparencia del sistema. Según la Asociación de Cajas de Compensación Familiar, mediante ésta se crearía un conflicto de intereses, pues el Ministerio de Salud, además de ser director e inspector, pasaría a ser ejecutor.

Por otra parte, la estructura del Fondo podría entorpecer el funcionamiento del sistema. De acuerdo con un pliego de modificaciones que circuló en la Cámara de Representantes durante el segundo debate del proyecto en junio de 2000, los recursos del Fondo se gestionarían mediante una cuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) que se crearía para tal fin. Para ACEMI (Asociación de Entidades de Medicina Integral), esto incrementaría los problemas operativos que presentaba el FOSYGA y haría más lento e ineficiente el flujo de los recursos entre los actores del sistema.

³ Revista Dinero, agosto 17/01

El financiamiento del Fondo era otro punto de controversia. Según el pliego de modificaciones, el Ministerio de Salud estaría pensando en sustraer a los regímenes contributivo y subsidiado cierto porcentaje de su correspondiente unidad de pago por capitación (UPC, la prima por afiliado que el Estado les reconoce a EPS y ARS). Este porcentaje sería determinado anualmente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), lo que en la práctica facultaría al gobierno para determinarlo discrecionalmente, ya que el proyecto no especificaba ningún tope ni criterio al respecto.

Empresarios del sector consideraban que esto pondría en entredicho la viabilidad financiera del sistema en momentos en que ambos regímenes atravesaban una delicada situación. Para Oscar Emilio Guerra, director de ACEMI: "el Ministerio, con el argumento de extender los servicios de alto costo a toda la población, en realidad pretende recostarse en los regímenes contributivo y subsidiado para obtener los recursos que no ha sido capaz de gestionar ante el gobierno para asegurar la salud de la población más pobre"⁴.

Para la ministra Ordóñez, las quejas de los empresarios eran entendibles: "la labor del gobierno se debe centrar en la defensa del interés colectivo. La Ley 100 de 1993 necesita ajustes urgentes que no pueden aplazarse por no molestar a unos cuantos a quienes les está yendo bien en su negocio. Garantizar el derecho a un sistema de salud universal es un compromiso ético que requiere el esfuerzo de todos".

Pero los cuestionamientos al proyecto no eran solo financieros. El esquema propuesto también tendría problemas metodológicos y legales. Al utilizar dineros del régimen subsidiado, parte de los cuales proviene de transferencias, el fondo estaría utilizando recursos de los territorios, algo prohibido por la Constitución. Por otra parte, al utilizar dineros del régimen contributivo, el fondo estaría desviando recursos parafiscales de destinación específica hacia un fin diferente del que les fue asignado: financiar la salud de la población asalariada y sus familias. Según Juan Luis Londoño[†], ex Ministro de Salud, "La mezcla de recursos provenientes de ambos regímenes daría lugar a un subsidio cruzado que ampararía poblaciones disímiles. Esto contravendría la lógica con que se diseñó el sistema".

⁴ Revista Dinero, agosto 17/01

Del mismo modo, con la medida se rompería con el principio de integralidad que rige el sistema, pues los servicios de salud se fraccionarían entre los de alto costo, cuyo aseguramiento pasaría a manos del Estado mediante el nuevo fondo, y los demás contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS), que seguirían asegurados por las EPS y las ARS.

Esta separación redundaría en un aumento en los índices de evasión (proporción de la población que pudiendo aportar no lo hace), lo que empeoraría aún más las finanzas. De acuerdo con Henry Gallardo, experto de la Fundación Corona, "la existencia de una póliza nacional de alcance universal para el tratamiento de ERC desestimularía la afiliación al sistema". La desarticulación del sistema también desincentivaría las labores de prevención y promoción de ERC por parte de EPS y ARS, pues estas ya no estarían a cargo del aseguramiento de los tratamientos de estas enfermedades.

El criterio técnico que sustentaba la propuesta del Ministerio también fue muy criticado. El costo del tratamiento de ERC para el total de la población estimado en el proyecto, cerca de \$900.000 millones, se calculó con base en los pagos de las reaseguradoras a las entidades del sistema de salud por concepto de pólizas de reaseguro contratadas. Tanto empresarios como expertos independientes consideraron que la utilización de estos pagos como base de cálculo subestimó el costo total de aquellos tratamientos, pues en la práctica las entidades solo reaseguran parte de estos, por lo que los costos reales podrían duplicar lo calculado en el proyecto.

A pesar del innegable éxito del actual sistema de aseguramiento en salud colombiano, que fue considerado por la OMS⁵ como uno de los

⁵ OMS - Informe de la Organización Mundial de la Salud 2000.

A propósito del ranking elaborado por la OMS en su informe del año 2000, el mejor índice de desempeño general de sistema de salud lo presenta Francia que ocupa el primer lugar en la clasificación. Según este mismo índice, Colombia está ubicada en el puesto 22 y se encuentra por encima de los países de América Latina, Estados Unidos y Canadá (ver Cuadro más adelante). Este resultado favorable en la clasificación de Colombia está explicado en buena medida por el indicador de equidad en la contribución financiera, en el que ocupó el primer lugar en el mundo, resultado mantener la solidaridad en el régimen contributivo y adoptar el régimen subsidiado sin antecedentes en otros países.

Cuando se observan los demás índices particulares, Colombia presenta posiciones menos favorables e incluso se aleja significativamente del promedio de Latinoamérica y los demás países de la comparación. En efecto, en cuanto a la sensibilidad del sistema el país ocupó el

más justos y de mayor crecimiento del mundo, nadie pone en duda que requiere ajustes. Este se adoptó bajo escenarios económicos optimistas que no se cumplieron, lo que ha entorpecido su implementación. Sin embargo, la propuesta del Ministerio está lejos de ser la solución. Para Henry Gallardo, "mediante el aseguramiento de ERC el Ministerio pretende arreglar de un solo tajo los problemas de cobertura del sistema, las finanzas del ISS y la crisis de los hospitales públicos".

Las motivaciones que sustentan el proyecto del Ministerio (aseguramiento universal de ERC) son válidas, pero la solución no resuelve los problemas de fondo y, por el contrario, causaría un enorme daño a un sistema que está funcionando. La evidencia internacional demuestra que sería posible obtener un impacto mayor

puesto 82; en logros de salud, el 74; y en los logros del sistema, el 41. Estos resultados llaman la atención, de una parte, por los efectos que tiene la violencia sobre el índice relativo a logros de salud, así como el seguimiento que debe efectuarse sobre las causas de mortalidad y morbilidad; y de otra parte, es importante tener en cuenta la baja posición que se registra en la sensibilidad y desempeño del sistema, lo cual está asociado a la percepción que los individuos tienen del mismo.

Ranking de algunos países según indicadores elaborados por la OMS

País	Puesto	Logros de Salud (50%)	Sensibilidad del Sistema (25%)	Equidad en la contribución (25%)	Logros del sistema (*)	Desempeño general del sistema
Francia		3	16-17	26-29	6	1
Japón		1	6	8-11	1	10
Reino Unido		14	26-27	8-11	9	18
Colombia		74	82	1	41	22
Chile		32	45	168	33	33
Costa Rica		40	68	64-65	45	36
Estados Unidos		24	1	54-55	15	37
Cuba		33	115-117	23-25	40	39
México		55	53-54	144	51	61
Argentina		39	40	89-95	49	75
Brasil		111	130-131	189	125	125
Somalia		n.d	191	n.d	n.d	n.d
Sierra León		191	n.d	191	191	191
Zimbaue		n.d	n.d	n.d	n.d	n.d

(*) Los logros del sistema de salud son construidos usando las ponderaciones referidas a nivel de salud, equidad en la contribución y la sensibilidad del sistema. El desempeño general del sistema relaciona los logros generales en salud con el gasto del sistema de salud. Fuente: Informe de la Organización Mundial de la Salud 2000.

en el bienestar de la población mediante el aseguramiento universal de servicios básicos más costo-efectivos como controles prenatales, vacunación y atención materno-infantil. Por su parte, la destinación de los recursos de las ERC al ISS y las IPS públicas apenas aplazaría parcialmente sus problemas financieros. Cualquier solución definitiva requerirá la voluntad del gobierno para asumir el costo político de reestructurarlos y volverlos más eficientes.

1.4.4. POSICIÓN DE LOS ASEGURADORES SOBRE EL FONDO ÚNICO DE ASEGURAMIENTO.

Los aseguradores en salud, agremiados a través de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral – ACEMI, presentaron un completo análisis y de paso su posición⁶ ante la propuesta del Ministerio de Salud de crear un fondo único para el aseguramiento de ERC. Esta posición se ve reflejada en los siguientes puntos:

1. Centralización de la prestación del servicio de salud: se viola el principio de organización descentralizada del Estado

Mediante el proyecto se crea una subcuenta en el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA para asegurar y reasegurar las enfermedades de alto costo de toda la población colombiana. Con esta norma se vulneraría los artículos 1 y 49 de la Carta que establecen la organización descentralizada del Estado y la autonomía de las entidades territoriales. Se centraliza el manejo del alto costo y por esta vía, se asumen aspectos que corresponden a otros niveles de atención y a otras entidades a las cuales les fue delegado el ejercicio de las funciones asociadas a la seguridad social en el área de la salud.

2. Parafiscalidad de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud: se cambia la destinación del recurso parafiscal que soporta el Régimen contributivo y sus beneficios los extiende a poblaciones diferentes a aquellas que los pagan.

El proyecto al pretender financiar el fondo de alto costo con parte de los recursos de la UPC y con los rendimientos y excedentes de las subcuentas del FOSYGA, vulneraría el inciso quinto del artículo 48 de la

⁶ ACEMI, Carta Posición sobre alto costo, <http://www.acemi.org.co/indicecarta.htm>

Constitución Política que señala la destinación de los recursos de la seguridad social a los fines previstos en ella y el concepto de parafiscalidad de los recursos que la financian.

Se afectaría el principio de parafiscalidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en la medida que se toman recursos provenientes y originados en las cotizaciones, que por mandato expreso de la Constitución tienen destinación específica a la atención en salud de la población trabajadora que las genera, para financiar las atenciones de otras poblaciones diferentes como la subsidiada y vinculada, a las cuales el Estado está en la obligación de proteger.

Tal como expresa en la sentencia C-546 de 1994 el H. Magistrado, Dr. Alejandro Martínez Caballero, la cuota parafiscal tiene como características la obligatoriedad para cierto sector de la sociedad (empleadores y trabajadores), la singularidad porque recae sobre un sector específico de la sociedad (empleadores y trabajadores) y de destinación sectorial porque se revierte en beneficio del sector de la sociedad que lo generó (trabajadores) y para los fines específicos que define la ley que la crea (seguridad social integral).

Teniendo en cuenta que el proyecto establece como parte de la financiación una porción no definida de la Unidad de Pago por Capitación y que sólo los recursos previstos para la atención de los vinculados se apropiarían a partir del año 2003, es fácil, para comenzar, concluir que por lo menos en el primer año de creación del fondo, los recursos de las cotizaciones también se destinarían a financiar otros grupos de población que no los han generado.

Esta violación de la destinación también se presentaría aún en el caso de recibir los aportes de las entidades territoriales tal como muestra el siguiente análisis en términos del monto de los recursos per cápita que aportaría cada uno de los grupos supuestamente beneficiados con el fondo, frente a los que recibiría.

Tabla 1.1.
**FONDO ÚNICO PARA EL ASEGURAMIENTO DE ERC:
 SIMULACIÓN DEL APORTE Y DEL BENEFICIO QUE RECIBIRIA
 CADA AFILIADO – AÑO 2001**

Monto Estimado De Recursos Del Fondo para Enfermedades de alto costo					
		Alternativas de financiación del fondo. % sobre la UPC del Régimen Contributivo (RC) y Subsidiado (RS)			
	Recursos Disponibles	14%	7% RC y 14% RS		
Régimen Contributivo	\$ 4.191.146	\$ 586.760	\$ 293.380		
Régimen Subsidiado	\$ 1.611.967	\$ 225.675	\$ 225.675		
Vinculados (1)	\$ 1.376.589	\$ 137.200	\$ 137.200		
Subtotal pobres	\$ 2.988.556	\$ 362.875	\$ 362.875		
TOTAL RECURSOS DEL FONDO		\$ 949.636	\$ 656.256		
Simulación del aporte y el gasto per cápita por cada grupo beneficiado 2001					
	Población	Aporte con 15% de la UPC	Gasto Per cápita con Fondo Único	Aporte per cápita con 7 y 14% respectivamente	Gasto Per cápita con Fondo Único
Total	37.500.000		\$ 25.324		\$ 17.500
Régimen Contributivo	14.000.000	\$ 41.911		\$ 20.956	
Régimen Subsidiado	9.500.000	\$ 23.755		\$ 23.755	
Vinculados	14.000.000	\$ 9.800		\$ 9.800	
Subtotal pobres	23.500.000	\$ 15.442		\$ 15.442	
(1) Se supone que cerca de un millón de personas están en regímenes especiales y cerca de 2 millones mas son no afiliados con capacidad de pago. (2) La pérdida o ganancia se estima restando del monto del aporte de cada régimen el monto que cada uno de los afiliados recibiría del fondo único.					

FUENTE: ACEMI

En efecto, como se observa, los afiliados al régimen contributivo aportarían, en el caso que éste fuera del 7% de la UPC, cerca de \$21.000 por cada uno y sólo recibirían en promedio \$17.500, que es lo que dispondría per cápita el fondo⁷. La mayor transferencia que aportan al fondo los afiliados al régimen contributivo y subsidiado equivalen entre el 1.2% y 4.02% de la UPC correspondiente.

Se está financiando con los mismos recursos que aportan los trabajadores una obligación que es del Estado estableciendo un gravamen adicional a los trabajadores afiliados quienes en un gran porcentaje sólo devengan un salario mínimo mensual.

3. Incentivo a la Evasión: el Fondo incentivará la evasión puesto que al asumir directamente la cobertura de las ERC para toda la población automáticamente elimina el riesgo financiero que para un individuo puede representar una enfermedad de alto costo.

Desde el punto de vista económico la demanda de seguros está soportada en la teoría de la aversión al riesgo que establece que las personas a quienes no les gusta asumir riesgos tenderán a demandar seguros que los protejan contra pérdidas futuras. Entre mayor sea el riesgo y el monto de la posible pérdida, mayor será el incentivo a protegerse mediante mecanismos de cobertura de seguros. Soportada en la misma teoría nacen los seguros sociales que buscan proteger al trabajador de contingencias que pueden afectar su estabilidad económica, como en la enfermedad o en la vejez.

Una baja aversión unida a la baja capacidad del estado para seguir a los aportantes, genera la evasión hasta que la persona experimente afecciones en su salud que elevan el riesgo que los hace afiliarse al sistema y empezar a exigir, así sea a través de mecanismos legales, la cobertura que el seguro social ofrece. Esta aseveración está soportada en la experiencia obtenida a la fecha en la cual una parte importante de las acciones de tutela interpuestas, buscan acceder a los servicios del POS sin cumplir los períodos mínimos de cotización.

Por tanto si existe un fondo estatal que garantice la atención de enfermedades costosas se reducirá aún más el incentivo a afiliarse y por tanto es previsible que la evasión aumente. El fondo universal

⁷ Este resultado no considera las diferencias en las tasas de incidencia y prevalencia de las enfermedades cubiertas por el fondo, ni el efecto que el aumento de la evasión tendrá sobre las características de los vinculados, como se verá mas adelante.

eliminaría el riesgo para un individuo de asumir las pérdidas altas generadas por una enfermedad de alto costo, que sería asumida por el Estado a través del fondo. Esta conducta no permitirá lo que la teoría actuarial de los seguros define como dilución del riesgo en la medida en que aumenta el número de personas afiliadas.

Ya no sería necesaria una acción de tutela para eliminar los períodos mínimos de cotización. Bastaría una acción de tutela para acceder directamente al fondo público cuando se está en presencia de una enfermedad de alto costo, evadiendo de esa manera el tema de la capacidad de pago y de la obligación de pagar oportunamente las cotizaciones. Vale mencionar que algunas de las acciones de tutelas interpuestas consideran que el SISBEN debería incorporar también como criterio la enfermedad para ser calificado como población vulnerable y con derecho a recibir subsidio del Estado.

La creación del fondo público no resolverá el tema de las tutelas y, por el contrario, podría tener el efecto contrario, ya que ellas se originan en servicios que están por fuera del POS y por lo tanto no están financiados con los recursos actuales.

Ahora bien, si muchos de los pacientes que actualmente sufren de una enfermedad de alto costo se afiliaron con UPC adicional solamente cuando existió la necesidad inmediata de demandar servicios o argumentando relaciones laborales inexistentes a través de entidades “agrupadoras”, tal como lo sostiene el ISS, al existir el fondo público se podría esperar que dejarán de cotizar para acceder al subsidio que otorgaría dicho fondo, recargando la responsabilidad financiera del Estado.

“Ordinariamente paga la prima quien tiene el interés jurídico o económico en la traslación de los riesgos, esto es, el asegurado. Así ocurre usualmente en los seguros privados”. Sin embargo sino existiera ninguna clase de estímulo para ingresar al régimen contributivo y dichos beneficios se obtuvieran en forma general, enfrentaríamos necesariamente un proceso de selección adversa en donde el pago de la prima dejaría de ser el instrumento de la traslación de riesgo y se convertiría en algo simplemente impositivo, cuya contraprestación se garantiza en todo caso aunque no medie el pago. Se trata de ser realistas y enfrentar el hecho de que hoy no están creados los instrumentos de control a la evasión en la seguridad social en salud y que es muy difícil pensar que dadas las condiciones

laborales del país con altas tasas de empleo informal, se puedan tener instrumentos efectivos en el corto plazo.

4. Ineficiencia del seguro público: existe evidencia empírica, nacional e internacional que muestra que los fondos públicos tienen problemas de ineficiencia y corrupción

Aunque se dice que un seguro público puede prestar servicios mas baratos porque trabaja a costo y de esa manera puede generar un “ahorro” que sirve para financiar a más número de personas o mayores servicios, ese nivel de costo puede ser mas alto que el que genera una entidad privada, incluyendo una tasa razonable de ganancia. Esto es así porque en general las entidades públicas suelen tener menos incentivos a generar una operación eficiente y a la innovación y el diseño de modelos de atención que mantengan en niveles razonables el costo de atención.

“Las entidades estatales no tienen, se dice, ánimo de lucro. Pueden, por ende, trabajar al costo. Pero, por las razones antes anotadas, y aun siendo cierta esta premisa, el costo es alto. Y, por curiosa paradoja, puede desbordar el nivel de precios de la empresa privada. Tanto más si se tiene en cuenta que su naturaleza no las exime de los gastos de adquisición, de propaganda y de previsión indispensables para el normal desarrollo de la actividad aseguradora. Y peor aun si, como suele ocurrir, el monopolio se constituye como arbitrio rentístico. Porque, entonces, a su costo de operación hay que agregar, necesariamente, un margen más o menos significativo de utilidad, un superávit que justifique su existencia”⁸

Esta situación es la que sufren múltiples entidades públicas comenzado por los mismos hospitales públicos los cuales, según lo ha informado la Ministra de Salud, tienen un costo laboral muy superior al que se puede observar, en promedio, entre las IPS privadas. Incluso el gasto administrativo de las EPS privadas es en promedio menor que el observado, por ejemplo en el ISS, por diversas razones como la inflexibilidad laboral y de contratación que se padecen en el sector público.

“El Estado, es verdad, tiene mayor estabilidad financiera que la empresa privada. Y puede ofrecer, como asegurador, mejor garantía final en operaciones que, como las de seguros, implican prestaciones

⁸ Ossa, J. Efrén, Capítulo XIII.

diferidas, a veces a largo plazo. Pero esto carece de significación positiva frente a empresas particulares debidamente constituidas, responsablemente administradas, solventes, eficazmente controladas por el mismo Estado, ágiles, y que operan bajo el estímulo de una competencia ordenada y seria”⁹. En el caso del sistema de seguridad social la estabilidad financiera del Estado también está cuestionada debido al tamaño del déficit fiscal y su impacto sobre la economía. En este escenario tampoco el Estado podría garantizar la viabilidad futura de un fondo público de alto costo como el propuesto que podría generar una aumento en la evasión y en la selección adversa por parte de los usuarios que pudiendo pagar su contribución al régimen contributivo no lo hace.

“La mayor difusión y extensión del seguro dependen, más que de su forma de explotación, de las virtudes intrínsecas del sistema y del grado de desarrollo cultural y económico de cada comunidad. El monopolio estatal no alcanza, de por sí, tales objetivos, si no es decretando o institucionalizando, al mismo tiempo, la obligatoriedad del seguro. Pero, impuesta por él Estado, si este a la vez actúa como asegurador único, la obligatoriedad es un arma de doble filo: si es obligatorio para el asegurado contratar el seguro, también lo es para la organización estatal aceptarlo. Lo que la obliga, o poco menos, a sacrificar todo criterio de selección. Ni más ni menos, como en el seguro social. Y ya no tan solo respecto de los riesgos físicos, que sería lo de menos, supuesta una tarifa técnicamente calculada, sino respecto de los riesgos morales que, de aceptarse sin discriminación, darían origen al desquiciamiento técnico-financiero de la organización aseguradora, o a un desorbitado incremento de las tarifas. Que serían inaccesibles a fuerza de injustas, en el momento en que los riesgos física y moralmente normales tuvieran que sobrellevar el gravamen de la malicia, de la imprudencia, del dolo”.

Por tanto se recomienda que en el caso de constituir seguros obligatorios como el de la seguridad social en salud que tenemos, se mantenga una clara separación entre quien lo establece y quien lo asume para poder tener un mayor control de la selección adversa por parte de los afiliados. “Es que el seguro obligatorio es viable técnicamente, y esto por excepción, si responde a una necesidad social, como es el caso de los seguros obligatorios de responsabilidad civil, concebidos para proteger a las víctimas de los accidentes de la circulación, y si quien los establece no es, al mismo tiempo, quien debe asumirlos, para preservar, de este modo, la libertad de selección

⁹ idib.

de los riesgos que es vertebral en la técnica de seguros”. Si no es posible tener un excelente sistema de comprobación de derechos o éstos son vulnerados por la autoridad judicial, el desequilibrio del fondo público para la atención del alto costo será inevitable.

El Departamento Nacional de Planeación también menciona este punto cuando afirma “el primer problema a afrontar es que el país no cuenta aún con un sistema de información que le permita identificar esta población (vinculada). Adicionalmente, esta situación generaría muchos incentivos para que población no beneficiada reclamara derechos (tutelas, demandas) y se financiara población de altos ingresos lo cual recaería directamente sobre los recursos del fondo, esto es, sobre el Ministerio de Salud y posteriormente Ministerio de Hacienda.”¹⁰

De otra parte Suramericana, por el contrario, menciona que dada la crisis fiscal del Gobierno Nacional la mayor presión del gasto la terminarán financiando los empleadores que requerirían adquirir nuevamente coberturas adicionales para las enfermedades del alto costo de sus trabajadores¹¹

5. Desincentivo a la inversión: la creación del fondo público propuesto genera desincentivos a la inversión nacional e internacional en el sector

El proyecto de creación del fondo de alto costo reducirá la inversión, tanto nacional como internacional, sacrificando el sector en dos sentidos. Primero, internamente al afectar a los actores al quitarles la posibilidad de contar con socios estratégicos nacionales e internacionales que les permitan crecer y así tener mayor capacidad y habilidad de afiliar y ofrecer servicios a todos los colombianos. Segundo y más grave aún, se generarán incentivos perversos y subsidios cruzados regresivos que afectarán el acceso equitativo, el desarrollo sectorial y así el mismo desarrollo del país.

El mismo proyecto promoverá un crecimiento desmesurado de los costos del sector y focalizará la inversión pública en salud en atenciones de alto costo que eventualmente beneficiarán a algunos colombianos. Es decir, gastaremos mucho más del dinero público en

10 Oficio039 del 17 de julio de 2001 suscrito por el doctor Mauricio Santamaria, Director Desarrollo Social, Departamento Nacional de Planeación.

11 Carta del Vicepresidente Administrativo de Suramericana del 8 de agosto del 2001 y del Consejo Gremial del 11 de junio

atender a cada vez menos personas, desplazando así no solamente las necesidades básicas de la población pobre sino también las inversiones en otros sectores sociales, por ejemplo educación, vivienda, etc. El sector salud debe considerar su responsabilidad con otros sectores y con el desarrollo económico del país, no se trata simplemente de ser eficiente por que sí.

6. Falta de claridad en la responsabilidad que tiene el Ministerio de Salud en el ejercicio de las funciones de dirección y de prestación del servicio de salud.

El Ministerio de Salud se convertirá en juez y parte lo cual no garantiza la independencia política.

El Ministerio de Salud además de las funciones de dirección y formulación de políticas, para lo cual debe ejercer las de seguimiento y control de los participantes del sistema, deberá, con el proyecto, asumir directamente las funciones de cualquier entidad de aseguramiento convirtiéndose simultáneamente en juez y participante del proceso. De esta forma no se garantiza la independencia y objetividad en la adopción de políticas ni sobre el control al acceso y calidad de los servicios de salud.

Lo que se requiere es, por el contrario, que el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y los entes territoriales fortalezcan las funciones de vigilancia y control en especial en el tema de la calidad y la información a los usuarios para que ellos se apoderen de su derecho a exigir los beneficios que la ley les otorgó.

7. Desincentiva las Acciones de Prevención: separar en dos fondos (uno competitivo y el otro público y monopólico) la prestación del servicio de salud genera como incentivo perverso la reducción de las acciones de promoción y prevención.

Tal como lo menciona en su obra el doctor Efrén Ossa:¹² “Aunque la misión primaria del seguro no es la de eliminar los riesgos, sino la de atender a satisfacción las necesidades que de ellos se derivan, no puede ser del todo ajeno a aquella, la actividad preventiva. A su ejercicio está inducido por varias consideraciones: la de evitar que las pérdidas excedan el cálculo global que le ha servido de base para la fijación de las tasas, la de obtener que se reduzcan los promedios a fin

¹² Ossa, capítulo I.

de colocarse en condiciones de abaratar las primas y, por consiguiente, popularizar sus servicios. Todo lo cual envuelve un beneficio social”.

La propuesta de separar el financiamiento de las enfermedades de alto costo del riesgo que por ley deben asumir las EPS eliminará el incentivo para la realización de programas de prevención que tienen la finalidad de evitar que la siniestralidad exceda el valor de la UPC establecida por el sistema. Si las enfermedades de alto costo son asumidas por un pagador diferente a quien presta normalmente el servicio, el mayor riesgo, originado en una mayor frecuencia y un mayor costo, será asumido por dicho fondo que sólo recibirá pasivamente los costos de la pérdida de eficiencia en la asignación de los recursos.

En igual sentido podría aplicarse al caso de la población vinculada que está bajo la responsabilidad directa de las entidades territoriales quienes no realizan acciones de promoción y prevención de patologías crónicas que desencadenan gran parte de las enfermedades de alto costo, las cuales tendrá que asumir el fondo único sin que le corresponda desarrollar ningún tipo de acción preventiva para “evitar que las pérdidas excedan el cálculo global que le ha servido de base para la fijación de las tasas” lo cual hace prever que el aumento de los gastos harán insostenible el fondo en el mediano plazo y se generará una presión adicional a las fuentes de recursos que lo alimentan.

Es pertinente mencionar que, contrario a las versiones difundidas por algunos actores del sistema en el sentido que a partir de la ley 100 de 1993 se ha perdido el esfuerzo en prevención de enfermedades de interés en salud pública, un reciente análisis del Ministerio de Salud muestra, por el contrario, las mejoras obtenidas en algunos indicadores importantes como se muestra a continuación:

Tabla 1.2.		
Indicadores de salud en Colombia		
Según Encuesta nacional de demografía y Salud de Profamilia Año 2000		
	1995	2000
Proporción. Desnutrición crónica en menores de 5 años	16,0%	13,5%
Atención parto institucional	81,0%	88,9%
Según 3er estudio Nacional de salud bucal y 2do estudio nacional de factores de riesgo para enfermedades crónicas año 1998		
		1998
Prevalencia del tabaquismo	21,4%	18,9%
Según DANE. Años 1990 y 1997		
	1990	1997
Mortalidad por infección respiratoria aguda (por 100,000 hab.)	47,9	28,1
Morbilidad por enfermedad diarreica aguda (por 100,000 hab.)	113,5	87,8
Según oficina de vigilancia en salud pública. Años 1996-2000		
	1996	2000
Incidencia TBC (por 100,000 hab.)*	21,5	26,5
Malaria (numero de casos)	240.000	107.624
* El resultado se debe a un aumento en la búsqueda activa de casos.		
Fuente: Ministerio de Salud		

8. Rompe la Integralidad de la Atención: romper la integralidad de la atención que requiere un paciente en dos fondos separados pone en peligro la calidad de la atención.

El proceso de atención es continuo y no puede ser dividido en prestadores con diferente lógica si no se quiere poner en peligro los resultados de la atención. Por esta razón las normas legales y reiterada jurisprudencia de la Corte Constitucional, han señalado que las EPS son solidariamente responsables por la calidad de los servicios que ofrecen a sus afiliados para lo cual deben vigilar la calidad de los servicios que contrata.

Aunque no existen documentos oficiales del Ministerio de Salud que presenten con claridad cuál va a ser la forma de operación del fondo, una de las ponencias del proyecto de ley 089-Cámara, permite pensar que el fondo contratará directamente con la red pública y sólo con aquella privada, previa remisión de la institución pública. En éste caso un afiliado a una EPS que requiera atención de una enfermedad de alto costo deberá ser remitido a los servicios que defina el fondo estatal con lo cual desaparecerá su obligación de garantizar la calidad por cuanto la EPS no puede comprometerse con un servicio que ella no evaluó.

Tal como lo menciona el Ministerio de Hacienda en su comunicación del 11 de julio de 2001, “En el evento en que se divida el proceso de atención en dos esquemas de aseguramiento diferentes, dicha división sería técnicamente compleja y podría afectar la calidad del servicio”. La división tendría que tener criterios diferentes al costo de los procedimientos o a su complejidad, como los que soportan la definición establecida actualmente en el MAPIPOS, para asumir criterios mas integrales que consideren la atención total de una persona con cierta enfermedad. Incluso se podrían considerar criterios mas simples como el costo independientemente de la patología porque existen atenciones sobre patologías sencillas que se complican que pueden llegar a ser mas ruinosas que las hoy definidas como alto costo en las normas.

Se requiere tener muy claro cuál será la cobertura del fondo estatal como primer paso para estimar el costo de los beneficios que otorgaría y el monto requerido de recursos para garantizar su viabilidad. Esta definición también es indispensable para recalcular el costo del POS que le corresponde asumir a las EPS y la suficiencia de la UPC sobrante, la cual se reducirá en un porcentaje no definido que se propone destinar al fondo estatal.

Esto es aplicable tanto para la UPC del Contributivo como para la del Subsidiado que según las normas actuales tienen coberturas diferentes. No se puede cobrar, en el caso del subsidiado un porcentaje del 14% (que de acuerdo con estimaciones realizadas por el Ministerio de Salud es lo que hoy destinan las ARS al alto costo) para cubrir sólo los procedimientos cubiertos por el contributivo que son similares en su contenido a las que se presentan en las ponencias publicadas del proyecto de ley. De igual manera no se podría cobrar al contributivo el 14% (cuando puede costar cerca de 10%) para cubrir los mismos procedimientos actuales.

9. Insuficiencia de la UPC actual frente al POS: una parte de la financiación del fondo de alto costo proviene de la UPC la cual, debido a la caída de las cotizaciones, tendrá una reducción en términos reales que sumado a la mayor transferencia hacia el fondo propuesto podría implicar, para el 2001, una caída del 5% real con lo cual se vería afectado seriamente la calidad del servicio

Según información del Ministerio de Salud, la situación financiera del régimen contributivo es muy difícil por cuanto desde comienzos del año 2000, los ingresos por cotización son inferiores al gasto del sistema (representado en el monto de las primas que se reconocen a las EPS por la prestación de los servicios del POS y por las prestaciones económicas a que tienen derecho los trabajadores afiliados)^{13[6]}. Este déficit ha sido financiado con los recursos que logró acumular la subcuenta de compensación desde su creación hasta diciembre de 1999 los cuales ascendieron a cerca de \$350.000 millones. No obstante, de continuar la tendencia actual, estos recursos sólo alcanzarán hasta final del presente año lo cual exigirá que se tomen medidas de ajuste que permitan igualar el gasto a las nuevas realidades financieras del sistema.

Si esta es una medida ineludible, la creación del fondo estatal sólo generará una mayor presión de gasto sobre los ya insuficientes recursos de la cotización. Antes que generar nuevas obligaciones, el Estado deberá reducir las actuales coberturas del POS o incrementar la financiación por la vía de aumentar el nivel y la cobertura de los copagos. Adicionalmente el Gobierno Nacional deberá destinar recursos adicionales para el pago de todos los procedimientos por fuera del POS (o de aquellos que obligan a otorgar durante el período mínimo de cotización), los cuales no estaban contemplados dentro de los costos del sistema y que por decisión judicial se están pagando contra los recursos por cotización.

Expresado de otra forma, la presión de gasto sobre la financiación del régimen contributivo que producirá la creación del fondo de alto costo, adicional a la que ya generan las tutelas que, entre otras, debería pagar la Nación con recursos diferentes a las cotizaciones, generará la necesidad de un mayor nivel de ajuste a los contenidos del POS o a los

13 Este punto también es mencionado en los oficios del Ministerio de Hacienda y del Departamento Nacional de Planeación.

COPAGOS de lo se requeriría para ajustar la UPC a la disponibilidad de recursos.

Tabla 1.3.

**Movimiento de los Ingresos y Gastos del Régimen Contributivo
1999 - 2000 y Estimados de 2001 y 2002**

(millones de pesos)

	1999	2000	2001	2002
Afiliados	13.652.878	13.245.837	13.245.837	13.245.837
Cotizantes	5.631.268	5.363.181	5.363.181	5.363.181
Beneficiarios	8.021.610	7.882.656	7.882.656	7.882.656
Tamaño familiar promedio	2,42	2,47	2,47	2,47
Ingresos				
Salario Promedio en salarios mínimos	2,09	2,07	2,07	2,07
Monto salario Mínimo	236.460	260.100	286.000	314.600
11%	3.673.534	3.652.781	4.191.146	4.610.260
1%	333.958	346.509	381.013	419.115
Gastos				
Promoción y prevención	166.979	173.254	190.507	209.557
Incapacidades por Enfermedad General	83.489	86.627	95.253	104.779
Licencias de Maternidad	83.489	86.627	95.253	104.779
Tutelas	6.679	6.930	7.620	8.382
UPC	241.577	207.362	289.120	318.032
16%	241.577	259.203	303.576	327.573
UPC (2)	3.298.221	3.433.354	4.021.118	4.338.978
Total	3.638.858	3.786.793	4.409.752	4.766.475
Excedentes de la Subcuenta	221.293	336.093	254.824	69.747
Saldo(3)	336.093	254.824	69.747	-49.585

(1) Los cálculos para el año 2002 suponen una tasa de crecimiento del salario mínimo y de la UPC del 10%

(2) El gasto per cápita real en UPC es superior en promedio en 16% a la UPC promedio fijada por el CNSSS

(3) Incluye Rendimientos financieros.

Fuente: 1999 y 2000 Informes del CNSSS al Congreso. Cálculos ACEMI

Tabla 1.4.

Simulación del saldo de la cuenta de compensación en el 2002 con diferentes crecimientos de la UPC				
Escenarios	Valores actuales:	1	2	3
Crecimiento salario Mínimo	10%	10%	10%	10%
Crecimiento de la UPC	10%	8%	7%	6%
Resultado:				
Saldo Subcuenta Compensación	-49.585	29.305	68.751	108.196

Fuente: ACEMI.

Como se observa en los cuadros anteriores si se mantiene las condiciones observadas en el 2000 de un tamaño familiar promedio de 2.47 y un salario promedio de 2.07 salarios mínimos, en el 2002 sólo se podría aumentar la UPC 2 puntos por debajo del crecimiento de los ingresos, para que los gastos del régimen contributivo puedan ser cubiertos con los ingresos por cotización de la vigencia. A esta reducción de la UPC habría que sumarle la reducción generada por la transferencia neta que se genera hacia la atención de vinculados la cual se estimó entre un 1.7% a cerca de 5% de la UPC como se presentó en el cuadro 1.

De otra parte se podría pensar, tal como lo ha dicho la Ministra de Salud, que el nivel actual de la UPC podría permitir su reducción sin que se afecte el equilibrio financiero de la relación contractual EPS-Estado. No obstante, “la UPC en estos momentos se ajusta razonablemente al costo de prestación del POS tal como lo consideró el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en el estudio que soporta el Acuerdo 186 de 2000. En efecto, en dicho estudio el Ministerio de Salud afirma que el gasto médico de las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo se estima en promedio en el 83.7% de la UPC total” (comunicación de Minhacienda del 11 de julio de 2001). Si se adiciona el gasto administrativo y comercial que en promedio se estima en 20%, se puede afirmar que la UPC está apenas ajustada para el costo del POS teniendo en cuenta que los copagos pueden representar cerca de 3% de la UPC.

Como es conocido un aumento de la UPC por debajo de la inflación en por lo menos 3 puntos sumados los dos efectos (económico y la creación del fondo de alto costo), implica su reducción en términos

reales de por lo menos 5 puntos teniendo en cuenta que el índice de precios de salud siempre ha sido superior en cerca de 2 puntos a la tasa de inflación general.

10. El diseño del Fondo promueve la inequidad del sistema: el fondo es regresivo por cuanto los servicios más básicos que requiere la población vinculada no serán cubiertos por el sistema por lo que tendrán que seguir asumiéndolos directamente con sus propios recursos. Lo que se pretende con el fondo de alto costo es desconocer el derecho que tiene la población pobre al cubrimiento total de sus necesidades en salud. El Estado, por tanto, debería garantizar primero la adecuada financiación para ampliar la cobertura del régimen subsidiado tanto en procedimientos como en población.

El diseño del fondo de alto costo contenido en el proyecto de ley 089-2000 Cámara, deja por fuera de la cobertura la mayor parte de los servicios que requiere prioritariamente esta población lo cual es altamente inequitativo porque justamente a la población pobre como las madres cabeza de familia, los niños abandonados y los indigentes, se le exige una mayor contribución vía el cubrimiento de sus necesidades con gasto de bolsillo o por la vía de la no utilización del servicios.

“Un sistema de salud en el cual las personas o las familias son empujadas a la pobreza por pagar la atención médica que necesitan o se ven obligadas a prescindir de dicha atención debido a su costo, no es equitativo”¹⁴

Los hallazgos de un estudio de la Universidad de Antioquia indican que la población pobre no afiliada es la que menos acceso tiene a los servicios más básicos. De las personas vinculadas que se sintieron enfermas 40% no utilizó el servicio y de estos 63% no lo hizo por falta de dinero¹⁵

14 OMS, “Informe sobre la salud en el mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los sistemas de salud”.

15 Centro de Investigaciones Económicas. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia.

Tabla 1.5.

**Colombia: razones para no utilizar
los servicios de salud. ECV 1997**

	Población pobre y vulnerable		
	Población asegurada	Población no asegurada	Régimen Contributivo
Porcentaje de no uso de servicios	30,94%	40,11%	14,04%
I. Del lado de la Oferta			
a. Organizativas a la entrada	7,47%	4,90%	3,52%
b. Al interior	5,54%	1,23%	10,23%
c. A la salida	4%	2,99%	10,22%
II. Del lado de la demanda			
d. Predisposición	12,30%	7,70%	19,50%
e. Dotación	43,87%	63,43%	9,91%
f. Necesidades	26,82%	19,65%	45,37%

Nota: La clasificación de las barreras se hace siguiendo a Aday Andersen,

a) el centro de atención queda lejos b) no lo atendieron y muchos trámites para la cita

c) Ha consultado antes por ese problema y no se lo han resuelto

d) no tuvo tiempo, considera que el servicio es malo y no confía en los médicos

e) falta de dinero f) el caso era leve

Cálculos CIE

Fuente: Centro de Investigaciones Económicas. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia.

La ley 100 de 1993 estableció el derecho de todo colombiano al mismo plan de salud independientemente de su capacidad de pago lo cual no se ha cumplido entre otras cosas por la reducción del esfuerzo de la transformación de subsidios establecida en el artículo 214, literal c y e, y por el incumplimiento del Estado en el pago de los aportes fiscales a los cuales se comprometió (artículo 221, literal c, e y f). Por lo tanto considerar sólo la cobertura universal de un paquete de servicios limitado a la atención de enfermedades de alto costo significa, para la población vinculada, la pérdida de un derecho que la ley 100 ya le había otorgado. Es justamente ésta población que verá reducidos sus beneficios con la creación del fondo, la que tiene más problemas de acceso originados en su condición de pobreza.

1.4.5. LA VERDADERA MAGNITUD DE LAS ERC EN COLOMBIA.

Los problemas en la estimación del costo tienen que ver con las deficiencias en la información, producto de la falta de claridad en la definición de las ERC las cuales producen información poco consistente tanto en frecuencias como en el costo.

1. Definición de enfermedades de alto costo: el articulado es lo suficientemente general que no permite una estimación certera de su impacto en el sistema. La información disponible no es homogénea entre EPS en razón de la complejidad técnica para establecer los límites y a la ausencia de normas que permitan el reporte unificado. Con la información disponible no se podría tomar decisiones técnicamente soportadas sobre cuales serían las patologías o procedimientos que debe cubrir un fondo como el propuesto y cuál podría ser su costo.

“El seguro desconoce el número de casos posibles, y de ahí que no pueda valerse exclusivamente del cálculo de las probabilidades puras. Ignora, al instante de su organización, el número de riesgos que ha de asumir, y lo seguirá ignorando a través de su desenvolvimiento”. “Y de ahí su incapacidad para cuantificar el número y magnitud de las pérdidas eventuales y de identificar las tasas. Debe basarse, por tanto, en los datos que arroje la estadística y, en cuanto sea posible, en la experiencia real de otras instituciones de seguros. Solo así puede eliminar los riesgos que amenazan su estabilidad financiera, y evitar que el volumen total de las pérdidas exceda en forma apreciable el de los aportes que constituyen el fondo común de los asegurados”.

De esta forma, surge la necesidad en el corto plazo de contar con una clara identificación de las patologías de alto costo en la medida en que hacia el futuro es imperativo no sólo tener una información completa sobre las tasas de incidencia frente a la población que no está enferma, sino también de la población que actualmente está enferma dentro de algunas de las categorías del alto costo. Por lo tanto, es fundamental, reglamentar un esquema de información que permita un seguimiento estadístico del alto costo, en donde se pueda proyectar su tendencia frente a la capacidad financiera del sistema en cualquiera de sus dos regímenes.

Para ilustrar los problemas de información hay que mencionar que cada uno de los rubros definidos en el MAPIPOS como de alto costo no es un solo procedimiento sino un conjunto de procedimientos el cual puede variar de una EPS a otra. En este sentido se pueden mencionar varios ejemplos que dan cuenta de la dificultades de evaluar, con la información disponible en el momento, el costo real de tales patologías.

La cirugía cardiovascular puede estar conformada por un conjunto de cerca de 54 procedimientos.

El costo de los trasplantes puede o no incluir los costos de los exámenes pre-operatorios y los procedimientos de seguimiento post-operatorios.

El costo de atención del SIDA puede referirse sólo al del tratamiento con medicamentos o puede incluir la atención de todas las complicaciones.

En la atención de cáncer no se consideran las cirugías relacionadas con el cáncer las cuales son más costosas y más frecuentes que los procedimientos considerados en el MAPIPOS como de alto costo.

Como la información se refiere al gasto ejecutado durante un año calendario, los costos promedios reportados por las EPS pueden variar dependiendo del total de días en el año que estuvo afiliado el paciente a la EPS y del momento en el año en que la patología es detectada.

Por último y tal vez más importante es la diferencia en los conceptos de prevalencia e incidencia. El concepto de prevalencia considera el número de pacientes de alto costo que tiene una EPS en un momento determinado, mientras que la incidencia mide el número de casos nuevos en un período de tiempo, a los cuales se les diagnosticó (o se atendió cuando se trata de afiliados nuevos en la EPS) la patología de alto costo. Los dos son mediciones diferentes del problema que permiten proyectar cual será el comportamiento futuro del costo de atención de tales patologías.

El problema de la selección adversa podría estar viéndose mejor representado en las tasas de incidencia aunque con la información actual no es posible estimarlas, toda vez que ésta no se presenta de manera homogénea.

2. Frecuencias y costos de atención: no es cierto que el ISS hoy en día atienda el 95% de los pacientes de alto costo. Esa proporción, comparando datos de sólo 9 EPS privadas frente a datos del ISS de 1998, es de 70% con una clara tendencia a disminuir debido a la reducción del número de sus afiliados. No obstante la tasa de prevalencia por millón de esa EPS puede estar aumentando (no la de incidencia que puede estar disminuyendo) por efecto de la selección adversa natural e inducida por ella misma.

Tener estos pacientes bajo la responsabilidad de una institución hospitalaria entonces no es "rentable" para nadie en el SGSSS y de allí

surge el término de la famosa "selección adversa", porque las EPS privadas no los quieren y para las públicas se convierten en un desgaste económico. Así que la mayoría de los pacientes con estas patologías mortales o potencialmente mortales como sida, cáncer, insuficiencia renal crónica, trastornos cardíacos y cerebro vasculares o el famoso VIH, encontraron su mayor cobijo en la más tradicional y compleja entidad clínica de país: el Instituto de los Seguros Sociales (ISS).

El propio viceministro de Salud, Juan Gonzalo López, lo reconoció así ante los medios de comunicación social, el pasado 2 de abril/03, cuando afirmó que el ISS atiende al 70% de los enfermos de alto costo en Colombia, entre ellos un 90% de los que sufren insuficiencia renal y son ellos, precisamente, quienes junto a los pacientes con sida, los que resultan más onerosos para el sistema por el alto costo de los tratamientos médicos, clínicos, de laboratorio y de medicamentos, según estudios realizados en las EPS.

Problemas renales.

El viceministro López afirma que de las 7.000 personas que padecen alguna de esas dos patologías de alto costo en el régimen contributivo, al menos 4.500 están en el ISS

SIDA

En Colombia, según el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud¹⁶, a finales de 2002 había 200.000 personas contagiadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que ya desarrollaron el sida. Entre los homosexuales hay estudios que revelan que la enfermedad la están padeciendo 1 de cada 5 y entre los heterosexuales el virus se ha inmiscuido bajo la piel de los padres a los hijos. Para la muestra, sólo durante el año 2002 fueron infectados con el VIH, 102 niños entre 0 y cuatro años, de los cuales 46 ya desarrollaron el sida y 6 pequeños han muerto. A este centenar, tristemente, hay que sumarle el grupo de adolescentes que entre los 10 y los 19 años y durante el mismo lapso de tiempo también se contagiaron: 81 y de ellos, 3 tienen sida y 6 han fallecido.

A estos datos del boletín epidemiológico del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) en su último número de 2002, tendría que sumársele el subregistro que se encuentra debajo de las

¹⁶ Colombia, Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Salud, SIVIGILA – Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública. Boletín semana epidemiológica n° 52, diciembre 22 a 28 de 2002.

estadísticas y que hoy es difícil de consolidar. En este informe de Sivigila se reconoce por ejemplo que "entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2002, continuó la recuperación de casos de VIH/sida históricos mediante la constante solicitud de regularidad de la notificación amparada en el apoyo de la Supersalud, con un total acumulado de 34.033 casos notificados en el programa". Se explica que en el 2002, se notificaron 2171 nuevos casos VIH/sida por el Programa Nacional siendo similar el número de casos reportado hasta la semana 52 por el Sivigila, a pesar de las diferencias internas entre el número de casos de ambos sistemas, lo cual se explica por el retraso inherente al diagnóstico, que puede llevarse hasta cuatro meses, y por las irregularidades en la notificación mensual de las fichas. Además, en los estudios sobre Colombia de la OMS y la OPS se revela que al establecer relaciones entre mortalidad y Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en el año 2002, el subregistro puede llegar en el estrato 1 al 83.1% y este va disminuyendo a medida que sube el estrato, porque la mayoría de pacientes de los estratos altos fallecen en los centros hospitalarios, lo que no sucede con las clases menos favorecidas que mueren en su casa.

En el Resumen Mundial de Epidemia del VIH/sida realizado por ONUSIDA/OMS¹⁷, a diciembre de 2002 se muestra preocupación especial por lo que está sucediendo en América Latina y hacen referencia explícita a la capital de Colombia: "...también se han observado evidencias de prácticas sexuales peligrosas en varios estudios efectuados en países andinos de Suramérica. En esta zona, las tasas de prevalencia del VIH entre varones que tienen relaciones sexuales con varones han oscilado desde 14% en Lima (Perú) hasta el 20% en Bogotá (Colombia) y el 28% en Guayaquil (Ecuador)". Lo que hoy se sabe por la OMS y la OPS es que durante el año 2002 en el mundo se infectaron 5 millones de personas, entre ellos 800.000 menores de 15 años, y 3.1 millones de ellos murieron a causa del sida. Durante ese mismo año, en Colombia se presentaron 2.171 personas infectadas con VIH: 1588 son hombres de los cuales ya desarrollaron el sida 346 y 153 han muerto; 531 mujeres, de las cuales 30 fallecieron ese mismo año, 120 desarrollaron el sida y se reportan 52 casos más sin definición de género. Hay que reiterar que este es el panorama de sólo un año en Colombia, donde la mayoría de los contagiados están entre los 20 y los 39 años con 1.382 infectados, mientras entre 40 y 49 años se presentan 335 casos, un rango de la

¹⁷ www.onusida.org.co

población de la cual se esperaría mucho más previsión para evitar situaciones de riesgo en sus relaciones sexuales.

En síntesis, el mundo observa hoy el despliegue del VIH/sida con 42 millones de infectados, de los cuales 3.2 millones son menores de 15 años y ante este panorama todos los organismos de salud deberían estar alertas y preparados para atender estas enfermedades "catastróficas y de alto costo", no sólo humano sino económico.

Otras patologías

Sin embargo, aunque los estudios en Colombia han demostrado que los más altos costos están concentrados en la Insuficiencia Renal Crónica y el VIH/sida, es un hecho que otras patologías graves también crecerán, como las enfermedades cardio-cerebro-vasculares; no en vano, la primera causa de muerte es el infarto agudo de miocardio. El cáncer y los diferentes tumores malignos no se quedan atrás, con mayor incidencia los de estómago y pulmón en el general de la población, y de útero y mamas entre las mujeres mayores de 14 años. Se espera que en el 2020 se presenten 15 millones de casos de cáncer en el mundo, cuando en el 2000 fueron 10 millones, según informes de la OMS. El estudio afirma que en los próximos 20 años el incremento de los casos de cáncer será del 50% debido a la mala alimentación, las infecciones no tratadas, el poco uso de la medicina preventiva, el envejecimiento de la población que va en creciente y el consumo habitual del cigarrillo.

Todo ello, con el agravante de que "el cáncer también se convirtió en un problema mayor de salud pública en los países en desarrollo, donde el 80% de las enfermedades son diagnosticadas cuando ya no se pueden curar".

La ONU ya había advertido del hecho al asegurar que el crecimiento de la población mundial se vería afectado por dos factores fundamentales: el envejecimiento de la población y la incidencia mortal del sida, que a mediados del Siglo XXI condenará a muerte a 278 millones de personas en el mundo.

Teniendo en cuenta las limitaciones de información se puede analizar las frecuencias y costos de atención que se presentan en los cuadros siguientes:

Tabla 1.6.
Frecuencias y costos de las ERC en Colombia

ERC	Pacientes	Costo unitario promedio	Costo Mínimo	Costo Máximo	Frecuencia por millón
Trasplante Renal					
ISS 98	282	24,031,200			24.06
EPS	52	18,878,999	15,300,255	22,151,181	14.23
Estudio Minsalud 1998	49	11,707,946			14.80
Ponencia		13,496,489			76.00
Trasplante medula					
ISS 98	28	60,710,400			2.39
EPS	14	96,694,385	92,858,121	109,700,000	3.98
Estudio Minsalud 1998					
Ponencia					
Trasplante Corazón					
ISS 98	42	56,916,000			3.58
EPS	6	43,356,834	40,854,383	52,920,000	1.91
Estudio Minsalud 1998					
Ponencia					
Dialisis y Hemodialisis					
ISS 98	6,608	11,472,528			563.82
EPS	993	15,035,176	12,639,454	29,948,774	179.08
Estudio Minsalud 1998		18,912,527			127.60
Ponencia	470	8,045,542			102.77
Cirugía SNC					
ISS98	884	5,662,150			75.42
EPS	1,961	5,610,732	1,984,795	10,390,693	356.81
Estudio Minsalud 1998		4,212,472			239.00
Ponencia		5,014,157			89.53
Cirugía Cardiovascular					
ISS 98	11,932	12,804,583			1018.06
EPS	2,421	9,226,397	8,087,275	16,502,115	440.90
Estudio Minsalud 1998		4,382,126			281.70
Ponencia		9,762,929			165.06
Remplazos articulares					
ISS 98	1,221	24,844,286			104.18
EPS	688	7,901,196	5,813,836	9,742,251	125.55
Estudio Minsalud 1998		7,311,882			81.30
Ponencia		7,458,944			50.66
Gran Quemado					
ISS 98	47	22,766,400			4.01
EPS	88	6,695,019	2,692,387	8,732,013	16.18
Estudio Minsalud 1998					

Fuente: ACEMI.

Según el Presidente del ISS¹⁸, la participación de esta aseguradora pública en el total de ERC en el régimen contributivo durante el primer semestre de 2002 fue tal y como se presenta a continuación:

Tabla 1.7.
Participación del ISS en las ERC, 2002-I

ERC	ISS		Resto de aseguradoras		Total Régimen Contributivo
VIH/Sida - Antiretrovirales	4.365	71,8%	1.712	28,2%	6.077
Cirugía Cardiovascular Mayor	139	18,6%	609	81,4%	748
Díalisis para IRC	4.899	77,4%	1.431	22,6%	6.330
Quimioterapia para cáncer	3.744	41,0%	5.381	59,0%	9.125
Reemplazos articulares	194	44,6%	241	55,4%	435
Total	13.341	58,7%	9.374	41,3%	22.715

Fuente: cálculos del ISS con información del Ministerio de Salud.

¹⁸ Cadena, Héctor. Ponencia de la Presidencia del ISS en el Congreso Sectorial de la Salud, Bogotá, abril de 2003.

1.5. ANEXOS.

1.5.1. Estructura General del Sistema de Seguridad Social en Salud¹⁹ colombiano.

Antecedentes:

En la Asamblea Nacional Constituyente de 1991, el intenso debate sobre la evaluación de la seguridad social en el país se centró específicamente en dos puntos:

- 1) La necesidad de ampliar la cobertura en salud, bien uniendo los conceptos de seguridad social y asistencia pública o bien sustituyendo totalmente el segundo por el primero. De esta manera, se acabaría con la odiosa distinción entre beneficiarios de primera y de segunda clase;
- 2) La presión por garantizar el derecho democrático de los individuos a seleccionar libremente el mejor sistema de seguridad social ofrecido en el mercado.

Desde este momento, se insinuaron dos posiciones extremas en el debate. De un lado estaban quienes defendían el sistema de seguridad social vigente en el país y abogaban por la conservación y el desarrollo de los principios de solidaridad, integralidad y universalidad. Del otro lado estaban aquellos defensores del principio de libre elección de los usuarios y de libre competencia entre oferentes, como mecanismo para conseguir mayor eficiencia y calidad en la prestación de los servicios. Es de anotar que al interior del propio Gobierno Nacional concurrían ambas posiciones.

Así las cosas, aún cuando en la Asamblea Nacional Constituyente había coincidencias sobre la urgencia de modificar la seguridad social, existían marcadas diferencias en torno al “cómo hacerlo”. Estas diferencias se reflejaron en la aprobación del Artículo 48 de la Constitución Política Nacional, que incorpora principios procedentes de ambos paradigmas: la universalidad, la solidaridad y la eficiencia. El Artículo referido dice textualmente:

¹⁹ Tomada de: Londoño, Beatriz; Jaramillo Iván y Juan Pablo Uribe. Descentralización y Reforma en los Servicios de Salud: el caso colombiano. En: The World Bank, Latin American and the Caribbean Regional Office, Human Development Department. LCSHD Paper Series N° 65. Marzo de 2001. Págs 75-80.

- La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la Ley.
- Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.
- El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social, que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la Ley.
- No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella.
- La Ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.

Luego del acuerdo constitucional, el Gobierno Nacional y sus opositores continuaron enfrascados en un debate. Este debate estaba marcado en sus extremos, por una parte, por las pretensiones y posiciones monopólicas del Instituto de los Seguros Sociales (ISS) y de los sindicatos oficiales y, por otra, por las propuestas por un mercado abierto sin regulación ni solidaridad. Finalmente, en Diciembre de 1993, el Congreso de la República logró rehacer el acuerdo constitucional y dar origen a la Ley 100, combinando los principios de eficiencia, privatización, libre escogencia y competencia, con los de universalidad, compensación y solidaridad social. Adicionalmente, incorporó anhelos de concertación y participación ciudadana, más propios del proceso descentralizador. Así, la nueva Ley sintetizó posiciones flexibles, renunciando a extremos radicales.

Principios Fundamentales.

Los siguientes son los principios fundamentales de la Ley 100 de 1993, que recogen e interpretan los mandatos de la Constitución Política de 1991.

- Universalidad, entendida como la cobertura de todos los colombianos en el aseguramiento para un plan único de beneficios (equidad).
- Integralidad, definida como la protección suficiente y completa de las necesidades individuales (promoción,

prevención, tratamiento y rehabilitación) y de interés colectivo en salud.

- Descentralización y Participación, dados por una mayor responsabilidad de los niveles local y territorial sobre la dirección y financiación de los servicios de salud.
- Concertación, entendida como la necesidad de alcanzar un equilibrio sostenible entre los distintos actores (aseguradores, prestadores, usuarios y reguladores).
- Obligatoriedad, en el sentido de que ningún colombiano puede renunciar a participar en el sistema de aseguramiento y solidaridad.
- Solidaridad, entendida como el subsidio desde las poblaciones con mayor capacidad de pago y más sanas, hacia aquellas más pobres y vulnerables.
- Libre escogencia por parte de los ciudadanos, tanto para entidades aseguradoras como prestadoras de servicios de salud.
- Gradualidad, en reconocimiento a la imposibilidad de poner en pleno funcionamiento y de manera inmediata todos los mecanismos del nuevo sistema.
- Eficiencia y Calidad, esperados como resultado final de una dinámica de competencia regulada.

Roles y Responsabilidades.

Mientras que el anterior Sistema Nacional de Salud (1975-1993) se esforzó en buscar su eficacia por vía de la integración funcional de actividades e instituciones, creando dependencias y entidades multifuncionales, la Ley 100 pretende separar funciones, introducir competencia regulada y fomentar la especialización institucional como mecanismos para obtener eficiencia y eficacia.

La Ley 100 busca separar los roles de dirección (regulación), aseguramiento y prestación de los servicios de salud. Las funciones de dirección y regulación del sistema están asignadas, a nivel nacional, al Ministerio de Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS)²⁰. A nivel territorial, las deben asumir las respectivas autoridades departamentales, distritales y municipales, incluyendo los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud. Son estas entidades (y no el mercado libre) las que definen las variables más importantes en el desarrollo del sistema de aseguramiento. El

²⁰ El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es el órgano rector por excelencia del Sistema. Está compuesto por 14 miembros, representantes de diferentes intereses en el sector (gobierno, hospitales, aseguradores, sindicatos, usuarios, etc.).

aseguramiento en salud, entendido como las funciones de manejo del riesgo en salud y de la administración de la prestación de los servicios de salud, queda en manos de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para el Régimen Contributivo y de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), en el régimen del mismo nombre. Estos aseguradores, de naturaleza pública, privada o comunitaria (tal es el caso de las Empresas Solidarias de Salud – ESS – que operan como ARS), deben, a cambio de un pago capitado por afiliado (la Unidad de Pago por Capitación – UPC – que obra como una prima de un seguro), garantizar la prestación completa del plan de beneficios ordenado por la Ley.

Esta UPC cuenta con un ajuste por riesgo; específicamente, reconoce un mayor valor para afiliados menores de 5 años, mujeres en edad fértil, ancianos y poblaciones ubicadas en zonas rurales alejadas. Para garantizar la prestación de los servicios ordenados por la Ley, los aseguradores deben constituir redes suficientes de prestadores de servicios, propias o externas, con las cuales contratar la atención integral de sus afiliados.

La prestación de los servicios sigue siendo la razón de ser de los hospitales públicos, clínicas privadas y demás oferentes, ahora llamados Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y contratados por las EPSs y ARSs. Con esto se da continuidad al cambio iniciado con la Ley 10 de 1990, al separar las funciones de dirección de aquellas de prestación, otorgando autonomía administrativa a los hospitales y liberando al Ministerio de Salud y a las Direcciones Locales y Seccionales de Salud de funciones administrativas propias de los hospitales

Planes de Beneficios.

El nuevo sistema de salud plantea un plan único de beneficios para todos los colombianos, denominado Plan Obligatorio de Salud (POS). Dicho plan tuvo en cuenta el cruce de características de la carga de la enfermedad en el país, con análisis de costos y efectividad de las intervenciones disponibles.

El POS comprende servicios, procedimientos e insumos (incluyendo medicamentos) en todas las fases de la relación salud - enfermedad (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) y en todos los

niveles de complejidad ²¹. Su contenido, tanto a nivel de procedimientos y servicios como de medicamentos, debe ser revisado y ajustado periódicamente por el CNSSS. Al hacerlo, el CNSSS también debe analizar la suficiencia de la UPC que se reconoce a las EPSs por afiliado, de forma tal que se logre un equilibrio entre prima y póliza en el seguro.

A diferencia de lo que ocurre con los planes privados de salud, para el POS no se permite aplicar el concepto de preexistencias, que impida la atención de determinadas patologías entre los usuarios. No obstante, si existen los llamados “periodos de carencia”, que consisten básicamente en semanas mínimas de cotización al Sistema exigidas previo a poder demandar determinados servicios. Para éstas, el máximo está en cerca de dos años.

Las EPSs y ARSs deben ofrecer un POS que incluya servicios asistenciales en condiciones básicas de calidad y suficiencia tecnológica y hotelera, determinadas por los organismos rectores del Sistema. La Ley colombiana entendió el POS como un cubrimiento básico, mínimo, universal y obligatorio. Por ello permitió su coexistencia con planes complementarios y de seguros prepagados para aquellos colombianos que, de manera voluntaria, quieran y puedan comprar beneficios y comodidades adicionales.

Adicional al POS, la Ley también determinó la existencia de un Plan de Atención Básica (PAB), en el cual se incluyen todas las intervenciones de interés para la salud pública; por ejemplo, los programas de inmunizaciones, las actividades de saneamiento ambiental, el control de vectores y otras. La ejecución del PAB es responsabilidad del Gobierno, en cabeza del Ministerio de Salud y del CNSSS, quienes deben ordenar todo lo referente a su definición y desarrollo, y de los Gobiernos Departamentales en lo referente a su implementación.

Por último, la Ley crea una cuenta especial para el manejo de los recursos destinados a cubrir los costos de salud ocasionados por las catástrofes naturales y sociales que afectan a muchas personas, así como para la atención derivada de los accidentes de tránsito (para lo cual existe un seguro obligatorio en el país). Adicionalmente, obliga a

²¹ El POS excluye, por ejemplo, intervenciones de cirugía plástica consideradas como puramente estéticas, tratamientos de infertilidad, psicoterapia individual y determinadas prótesis y medicamentos considerados como no esenciales.

las EPS a tomar un reaseguro para cubrir las enfermedades ruinosas o catastróficas - ERC (aquéllas de baja ocurrencia individual pero de alto costo unitario). Con estas medidas, y con el ajuste por riesgo en la UPC, busca evitar la selección adversa y garantizar una adecuada financiación de las intervenciones que requieren de alta tecnología.

Transiciones.

Al reconocer importantes limitaciones de tipo financiero e institucional, Colombia se comprometió en un proceso de cambio gradual hacia el nuevo modelo. En particular, tres transiciones estrechamente relacionadas entre sí fueron planteadas desde el comienzo de la Reforma:

Transición en la Cobertura del Aseguramiento:

Inflexibilidades y limitaciones financieras hacían imposible que la totalidad de los colombianos ingresara de manera inmediata a un esquema de aseguramiento individual. Mientras que aquellos colombianos con capacidad de pago podían incorporarse rápidamente al Sistema (aunque se esperaba un porcentaje de evasión), quienes carecían de capacidad de pago tendrían que irse incorporando en la medida en que llegasen recursos suficientes para pagar por ellos. Entre tanto, seguirían por fuera del aseguramiento, recurriendo a servicios de salud de la manera tradicional: a través de la red asistencial pública o mediante el sector privado.

Transición en los Subsidios de Oferta a Demanda:

Para garantizar una mayor cobertura en el aseguramiento para los colombianos más pobres, los recursos históricamente atados en la forma de subsidios a la oferta hospitalaria pública debían reducirse, convirtiéndose en subsidios a la demanda; es decir, en pagos por capitación (UPC) que aseguraran a los más pobres. Así, el esfuerzo en el gasto público iría cambiando su énfasis: en lugar de financiar instituciones a la espera de pacientes, compraría seguros de salud que irían de la mano de los eventuales pacientes. En este nuevo escenario, los hospitales públicos tendrían necesariamente que vender servicios de salud a los aseguradores de esta población ya cubierta.

Transición en el Plan de Beneficios:

En tercer lugar, la limitación de recursos al inicio del Sistema y el deseo de llegar con el aseguramiento a más colombianos obligaron al Estado a recortar el plan de beneficios para los afiliados más pobres (integrantes del llamado Régimen Subsidiado). Este plan de beneficios reducido – conocido como el POS subsidiado (POS-S) – incluyó

inicialmente cerca del 50% de las intervenciones del POS contributivo, haciendo énfasis en los servicios y procedimientos de atención básica y de alto costo, así como en las necesidades del grupo materno - infantil. Se esperaba que para finales del año 2000, con la incorporación de más colombianos cotizando al Sistema y con el crecimiento en otras fuentes de recursos, el POS-S se igualaría en contenidos al POS original, conformando un único plan obligatorio de beneficios en Colombia.

De culminar con éxito las tres transiciones descritas, el resultado final sería el esperado por la Reforma: la totalidad de los colombianos, independiente de su capacidad de pago, cubiertos por un seguro de salud que les da un mismo derecho a un plan único de beneficios.

Bases de Financiamiento

El financiamiento del nuevo sistema de seguridad social en salud en Colombia es complejo y tiene como ejes al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y a las fuentes financieras de la descentralización fiscal del país (situado fiscal, participaciones municipales y rentas cedidas, principalmente).

El FOSYGA es el instrumento financiero y administrativo que hace viable un sistema de competencia regulada. Está compuesto por cuatro subcuentas, que se enuncian a continuación con sus respectivas funciones:

- **Subcuenta de Compensación:** Encargada de recaudar los excedentes y/o compensar los déficits que se puedan presentar en las EPSs al recibir las cotizaciones y descontar el valor de las UPCs.
- **Subcuenta de Solidaridad:** Destinada a cofinanciar, con recursos del Régimen Contributivo y del Estado, la operación del Régimen Subsidiado.
- **Subcuenta de Prevención y Promoción:** Garantiza programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud entre los afiliados al Sistema.
- **Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito:** Incorpora y administra recursos para cubrir catástrofes naturales y sociales, y accidentes de tránsito (estos últimos provenientes del seguro obligatorio que para tal fin está vigente en el país).

La base financiera del sistema está en un aporte obligatorio que deben hacer todos los colombianos asalariados o con capacidad de pago. La cotización para todo trabajador dependiente es el 12% de su salario, asumido el 8% por parte del empleador y el 4% por parte del empleado (antes de la Reforma, la cotización obligatoria a la seguridad social equivalía al 8%, en total)²². Los independientes que reporten ingresos iguales o mayores a dos salarios mínimos mensuales deben asumir enteramente el 12% de la cotización. Con ello, el cotizante y su familia quedan cubiertos por el Régimen Contributivo.

Los 12 puntos de cotización en el Régimen Contributivo se dividen así: 11 puntos que ingresan a la Subcuenta de Compensación (del Régimen Contributivo), en donde se realiza el ajuste financiero necesario para pagar una UPC por cada individuo adscrito a una EPS (proceso llamado de compensación). Esto implica un subsidio cruzado en el Régimen Contributivo entre los trabajadores con mayores salarios y/o menores grupos familiares hacia aquellos con menores ingresos y/o mayores grupos familiares. El punto restante ingresa a la Subcuenta de Solidaridad, que financia en gran medida el costo del aseguramiento en el Régimen Subsidiado, y constituye el mecanismo obligado y efectivo de solidaridad hacia los sectores más pobres del país.

Aquellos colombianos que no cuentan con empleo y no pueden reportar ingresos suficientes para estar en el Régimen Contributivo, deben asegurarse con sus familias a través del Régimen Subsidiado, previa identificación de su condición de beneficiarios del subsidio a través de una encuesta (llamada Sistema de Identificación de Beneficiarios, SISBEN), aplicada hasta la fecha por las autoridades municipales o distritales.

Al Régimen Subsidiado, además del punto de solidaridad proveniente del Régimen Contributivo y que representa cerca del 45% de su financiación total, se debía sumar un punto equivalente aportado por el Gobierno Nacional (conocido como el “paripassu”). No obstante, este compromiso estatal no se ha podido cumplir durante varios años por la crisis fiscal de la Nación, causando serios trastornos en la solidez y capacidad financiera de este Régimen. Igualmente, al Régimen Subsidiado se debían incorporar en proporciones ascendentes recursos provenientes del situado fiscal (que se va

²² El aporte del 12% se hace hasta una base máxima de cotización de 20 salarios mínimos mensuales.

transformando de subsidios de oferta hacia subsidios a la demanda) y de las transferencias municipales y otros impuestos territoriales. No obstante, esta transformación no se dio en las magnitudes esperadas e, incluso, fue congelada para el año 2000 por el propio Gobierno Nacional.

De acuerdo con cálculos del Ministerio de Salud, el 70% de la financiación total del Régimen Subsidiado en el país provendrá de los esfuerzos propios de los entes territoriales (vía transferencias de la Nación en forma de situado fiscal y participaciones municipales, y de las rentas cedidas); tan sólo el 30% corresponderá a recursos girados por parte del FOSYGA. Esta proporción evidencia cómo el Sistema de Seguridad Social en Salud se apoya cada vez más en el proceso de descentralización fiscal del país.

Adicionalmente, las cuatro subcuentas del FOSYGA también se alimentan con sus propios rendimientos financieros.

NOTA: Es importante señalar la marcada diferencia entre el modelo colombiano y el modelo chileno de salud, dadas las reiteradas confusiones o comparaciones que al respecto se presentan. La Reforma Colombiana considera un plan definido de beneficios, una UPC fijada por el Gobierno, una obligatoria solidaridad y la existencia del Régimen Subsidiado, todas estas variables fundamentales que no están presentes en el actual sistema Chileno.

Algunas Siglas Útiles

En el Sector:

- **ISS:** Instituto de los Seguros Sociales.
- **CCF:** Cajas de Compensación Familiar.
- **ICN:** Ingresos Corrientes de la Nación.
- **Situado Fiscal:** Transferencias de los ICN a los departamentos.
- **Participaciones Municipales:** Transferencias de los ICN a los municipios.
- **ACEMI:** Asociación de entidades de medicina integral.
- **ERC:** Enfermedades ruinosas o catastróficas.

En la Reforma de 1993 (Ley 100):

- **CNSSS:** Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, máximo organismo rector del Sistema.
- **FOSYGA:** Fondo de Solidaridad y Garantía; fondo financiero en el que se administran los diferentes recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud.
- **EPS:** Entidad Promotora de Salud (empresa aseguradora en el Régimen Contributivo, pública o privada).
- **ARS:** Administradora del Régimen Subsidiado (entidad aseguradora en el Régimen Subsidiado, pública o privada).
- **ESS:** Empresa Solidaria de Salud (administradora del Régimen Subsidiado de origen comunitario o solidario).
- **IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud (pública o privada).
- **ESE:** Empresa Social del Estado (figura para el hospital público autónomo).
- **POS:** Plan Obligatorio de Salud (plan de beneficios que, en la actualidad, rige para el Régimen Contributivo).
- **POS-S:** Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Subsidiado (es un plan de beneficios de carácter transitorio, menor en contenidos que el POS).
- **UPC:** Unidad de pago por Capitación; valor que reconoce el Sistema por persona afiliada; hay UPC-C para el Régimen Contributivo y UPC-S para el Régimen Subsidiado.
- **PAB:** Plan de Atención Básica (incluye todas las intervenciones individuales o colectivas que sean de interés para la Salud Pública).

1.5.2. Cruz blanca EPS - generalidades²³: Situación al año 2000.

Cruz Blanca EPS es una Entidad Promotora de Salud que nace en Colombia gracias a la visión de inversionistas chilenos, que inquietos por los cambios en el Sistema de Seguridad Social en el país, deciden evaluar las condiciones sobre las cuales se desarrolla el nuevo plan de financiamiento, organización y prestación de los servicios de salud, dentro del nuevo contexto jurídico que la Ley 100 determina para las Aseguradoras como articuladoras del Sistema.

Se identifica entonces, la oportunidad de participar en el nuevo sistema de salud, creando una compañía enfocada a cumplir con los exigentes parámetros de las futuras organizaciones de salud como eficiencia, calidad y rentabilidad, al mismo tiempo empeñada en desarrollar sistemas de información adecuados para la correcta y oportuna toma de decisiones, como visión estratégica para el logro de los objetivos.

Desde febrero 1.995, previo análisis de las condiciones reglamentarias establecidas hasta el momento en la ley 100 de 1.993, se realizó el diseño de un modelo de atención que se adaptara a la nueva propuesta establecida. Dicho modelo consideraba las experiencias de Cuba con su Médico Familiar el cual había demostrado sus bondades, en términos de lograr un seguimiento de los grupos familiares, sobre los cuales se podrían desarrollar enfoques preventivos efectivos logrando índices de salud envidiables dentro del contexto latinoamericano. Otro modelo de referencia fue el de Gran Bretaña que con sus “Gate Keeper”²⁴, pudo demostrar un razonable mantenimiento del gasto en salud al ser paso obligado para todos los procesos de atención.

Con estas referencias se trató de adaptar una idea a las consideraciones planteadas en la ley 100 y fue así que se estableció como el principal fundamento estratégico el desarrollo de infraestructura propia de primer nivel sobre la cual se procuraría aplicar el enfoque familiar en la atención con el papel protagónico del Médico General, como primer paso para tener acceso a los niveles superiores de atención, acompañado de enfermeras profesionales que apoyarían las

²³ Tomado y adaptado de: Bernal, G; Carrillo, M; Palacios, D. Definición y Origen de Cruz Blanca EPS. En: Curso de actualización en administración de salud. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Noviembre de 2000.

²⁴ *Gate Keeper*: profesional de nivel I, puerta de entrada al sistema de salud y primer prestador antes de utilizar servicios de salud de mayor complejidad.

actividades de promoción y prevención. Es así, como se concibe la creación de unidades descentralizadas de atención llamadas Centros Médicos Familiares (CMF), donde se generarían todos los procesos de atención a los afiliados, incluyendo actividades administrativas, educativas y asistenciales, a través de la participación activa de tres grupos claves: Médicos generales (médicos de cabecera y de atención prioritaria), enfermeras profesionales y personal administrativo de apoyo. El CMF tenía que tener, por supuesto, el desarrollo de un software amigable y eficiente que permitiera apoyar la operación y controlar la gestión, ya que todos los servicios ofrecidos por la EPS son autorizados en dichas unidades básicas de atención, convirtiéndose en la fuente más confiable de datos sobre las actividades realizadas.

El capital fue aportado cien por ciento por una compañía multinacional chilena, la ISAPRE²⁵ Cruz Blanca – Chile, la cual contaba en ese país con mas de 15 años de experiencia en el sector del aseguramiento de planes de salud y cerca de 600.000 afiliados. En Colombia, Cruz Blanca Chile inició operaciones en el año 1.993, a través de su participación accionaria en Colfondos, fondo de pensiones del cual llegó a tener la tercera parte, compartiendo la propiedad con el Citibank y Cafam.

El 18 de diciembre de 1.995 se obtuvo el certificado de funcionamiento de Cruz Blanca Colombia como Entidad Promotora de Salud, mediante resolución N° 0945, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, para prestar servicios en la ciudad de Bogotá, momento a partir del cual inicio oficialmente su operación, utilizando la razón social de Cruz Blanca EPS-SA, con una meta para 1.996 de afiliar 120.000 usuarios.

MISIÓN DE CRUZ BLANCA EPS

Cruz Blanca es una compañía que ofrece servicios integrales de salud a los colombianos, dentro del Régimen Contributivo de Seguridad Social en Salud con calidad, oportunidad y eficiencia, a través de un grupo humano y de prestadores comprometidos con el mejoramiento de la salud de los afiliados, mas por acciones preventivas que curativas dentro de un enfoque de Salud Familiar integral.

²⁵ ISAPRE: Instituto de Salud Previsional.

Así mismo, ofrece a los funcionarios de la compañía y sus familiares, las oportunidades para su realización personal y profesional, procurando obtener una rentabilidad superior frente a la del mercado, que garantice su permanencia en el futuro.

ESTRATEGIA CRUZ BLANCA EPS

La fortaleza estratégica de Cruz Blanca se fundamenta en el desarrollo de la infraestructura propia con Médicos de Cabecera, a quienes se les asigna un grupo de familias sobre las cuales se desarrollan todas las actividades asistenciales, educativas e inclusive administrativas, que garanticen procesos de atención eficientes y racionales. El apoyo operativo se tiene en el sistema de información, ya que cada médico cuenta con un terminal de computador que funciona en intranet dentro de cada CMF y permite mantener una sola historia clínica para cada usuario, con todos los antecedentes y servicios prestados, con lo cual se facilita enormemente el seguimiento que se requiere sobre las familias asignadas (Managed Care).

A través del sistema de información se obtienen las actividades realizadas por cada profesional del área asistencial (médico de cabecera, enfermera y odontólogos) con lo cual se realiza una medición mes a mes de su gestión, lo que permite identificar frente a los diferentes estándares para cada actividad quienes y en qué áreas presentan comportamientos distantes de los estándares exigidos.

La otra decisión estratégica tiene que ver con el hecho de que el personal asistencial de los CMF y centros odontológicos (CO) esta en la nómina de la compañía, con lo cual, aunque se asume un reto administrativo demandante, permite desarrollar en el personal no solo la filosofía empresarial, sino también trabajar en el cambio de paradigmas que faciliten la adaptación al sistema de seguridad social, así pues se les garantiza estabilidad y seguridad laboral, salarios dignos, trato humano e incentivos.

Con una estructura de primer nivel sólida, el desarrollo estratégico sigue con la estructuración de una red de prestadores de servicios en otros niveles de atención, cuyos convenios están completamente definidos en tipo y tarifa, administrada por el sistema, lo que permite

una identificación y control del tipo y valor de los servicios por prestador. La característica de dichos convenios se basa en el pago por prestación de servicios (fee for service) con un claro principio de prioridad en el pago oportuno a los prestadores, como una variable clave en la construcción de una relación de largo plazo. Igualmente se conocen por medio del sistema de información los datos de los servicios prestados por la Red de Prestadores en clínicas y hospitales, lo que permite conocer costos, frecuencias, costos promedios comparativos para cada servicio y por cada institución.

Con todo lo anterior la compañía esta en capacidad de aplicar las herramientas de gestión administrativa y gerencial que el *Managed Care* ofrece, tales como *Benchmarking*, Desarrollo de incentivos, Retroalimentación sobre indicadores para buscar áreas de mejoramiento y manejo racional de costos, fortalecimiento de relaciones con prestadores y proveedores a través de la evaluación de gestión, guías de manejo clínico, medicina basada en la evidencia (MBE) y otros programas como *Disease Management*, etc.

Lograr que los profesionales de la salud se involucren en este esquema de Cuidado Gerenciado fue un proceso de cambio complejo que requirió de muchas horas de capacitación y trabajo en equipo, con el fin que se comprenda la necesidad de ejercer una práctica profesional, ética, con un alto nivel de calidad, pensando en el paciente y al mismo tiempo pensando en la posibilidad de ser rentables.

Otra decisión estratégica fue la creación de una fuerza de ventas propia que procurara ofrecer la mayor cantidad y calidad de información a los cotizantes afiliados que, de alguna manera, permita acercar a los usuarios al sistema de una forma más efectiva y eficiente para él mismo, no solamente de las condiciones establecidas por la ley, sino también sobre la correcta utilización de los servicios a través del conocimiento de los procedimientos establecidos para el acceso a los mismos.

DISTRIBUCION GEOGRAFICA

Cruz blanca EPS opera en las ciudades de Bogotá, Cali y Medellín, cuenta con 425.000 usuarios al corte del 1 de noviembre de 2000 y cuenta con 24 CMF. En Bogotá se concentran 290.000 usuarios, 18 CMF y 5 Centros Odontológicos (CO). En Cali 62.000 usuarios con 4 CMF y 2 CO. En Medellín hay 73.000 usuarios, 4 CMF y 2 CO.

Cumpliendo con la propuesta publicitaria “Cruz Blanca siempre está cerca”, se han ubicado estratégicamente centros médicos y odontológicos en la ciudad, facilitando el acceso.

La mayor concentración de usuarios esta en el rango de 15 a 44 años (55%), seguida del rango de 5 a 14 (20%) lo que significa en general que la compañía cuenta con una población relativamente joven. La distribución por sexo es equivalente al 50% para cada género.

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO
SEPTIEMBRE DE 2.000 - CRUZ BLANCA EPS**

RANGO EDAD	SEXO		TOTAL	PARTICIPACIÓN
	MASCULINO	FEMENINO		
Menores de 1 año	4.080	3.577	7.657	1.75%
1 a 4 años	21.499	20.436	41.935	9.56%
5 a 14 años	44.613	43.148	87.761	20.01%
15 a 44 años	117.527	125.453	242.980	55.41%
45 a 59 años	21.312	23.384	44.696	10.19%
60 y más años	6.065	7.419	13.484	3.07%
TOTAL	215.096	223.417	438.513	100%

Fuente: Cruz Blanca EPS

Siendo Bogotá la sede principal, se han impulsado las afiliaciones con mayor fuerza con una participación del 68% de los afiliados, adicionalmente presenta el mayor potencial de usuarios.

**POBLACIÓN POR TIPO DE AFILIACIÓN Y CIUDAD
SEPTIEMBRE DE 2000 CRUZ BLANCA EPS**

CIUDAD	COTIZANTES	BENEFICIARIOS	ADICIONAL	TOTAL
Bogotá	122.017	177.355	1.416	300.788
Cali	25.186	39.787	510	65.478
Medellín	28.094	43.620	533	72.247
TOTAL	175.292	260.762	2.459	438.513
PROPORCIÓN	39.97%	59.46%	0.56%	100%

Fuente: Cruz Blanca EPS

Teniendo en cuenta que Cruz Blanca EPS no cuenta con población cautiva, derivada de otros negocios como la mayoría de sus

competidores, desde sus inicios se concentró en la población de más bajos recursos la cual no se encontraba afiliada al sistema. Esta tendencia se ha mantenido, por lo que observa una concentración del 85.71% de los cotizantes en el rango salarial 1 y 2. Teniendo en cuenta que su objetivo es el régimen contributivo los cotizantes dependientes constituyen la mayor participación.

**AFILIADOS COTIZANTES POR RANGO DE SALARIO
O INGRESO SEGÚN CONDICIÓN LABORAL**

SALARIO	DEPEN- DIENTES	INDEPEN- DIENTES	PENSIONADOS	TOTAL	PARTICI- PACIÓN
Menos de 1	942	0	0	942	0.54%
1 a 2	150.104	0	147	150.251	85.71%
2 a 3	13.353	262	42	13.657	7.79%
3 a 4	4.587	30	13	4.630	2.64%
4 a 5	2.092	13	8	2.113	1.21%
5 a 10	3.066	19	10	3.095	1.77%
10 a 20	543	5	1	549	0.31%
Mayor a 20	55	0	0	55	0.03%

Fuente: Cruz Blanca EPS.

Dentro de la estructura de morbilidad de Cruz Blanca EPS se evidencia los problemas de salud oral como una causa importante de demanda de servicios consecuencia de la suficiente infraestructura de Centros Odontológicos con capacidad de resolver esta necesidad.

El hecho de que paciente sano corresponda a la segunda causa significa que el esquema de médico de cabecera induce a consultas preventivas fundamentales para la detección de riesgos y el desarrollo del enfoque familiar. La frecuencia de la infección respiratoria preocupa si se tiene en cuenta que coincide con una de las primeras causas de hospitalización no quirúrgicas. En general el resto de la morbilidad no dista mucho de las causas de la morbilidad en la población general.

**MORBILIDAD TERCER TRIMESTRE 2.000
CRUZ BLANCA EPS BOGOTÁ**

POSICIÓN	MORBILIDAD	Nº PACIENTES
1	Caries	32.316
2	Paciente Sano	26.819
3	Infección Respiratoria Aguda	21.108
4	Gingivitis	15.304
5	Síntomas Generales	11.483
6	T. de Refracción	8.768
7	Enf. Ácido Péptica	5.912
8	Embarazo	5.384
9	Vaginosis Bacteriana	5.189
10	Parasitosis Intestinal	5.079
11	Enf. Diarreica Aguda	4.882
12	Hipertensión Arterial	4.653
13	Bajo Peso	4.076
14	Infección Vías Urinarias	3.921
15	Rinitis Alérgica	3.503
16	Lumbalgia	2.762

Fuente: Cruz Blanca EPS

EVOLUCION DE CRUZ BLANCA EPS.

Desde su creación la compañía ha tenido una evolución positiva, adaptándose a las exigencias de la reglamentación y a la competencia por calidad y servicio. En 1.997 el Grupo Cruzat de Chile, creador de Cruz Blanca Colombia, decide vender toda su línea de previsión y seguros en Latinoamérica al Grupo Hurtado, también chileno, lo cual incluía compañías de seguros de vida, de salud y fondos de pensiones, no solo de Chile sino también de países como Perú, Argentina, Bolivia y Colombia.

El nuevo propietario decide nuevamente vender a su vez todas estas empresas a un mejor precio, excepto a la Isapre chilena y a Cruz Blanca EPS – Colombia, la cual para 1.997 ya contaba con mas de 100.000 afiliados y con buenas perspectivas de futuro.

En octubre de 1.998 la multinacional Aetna, filial de Aetna USHealthcare, la segunda compañía de salud mas grande de los Estados Unidos (con cerca de 22 millones de afiliados y cobertura nacional) como parte de su intención de expandirse en economías emergentes, realizó la compra de Cruz Blanca Chile, incluyendo en una negociación posterior a Cruz Blanca Colombia. El interés fundamental era el modelo de atención con Médico de Cabecera y el sistema de información que permitía aplicar las técnicas de *Managed Care* desarrolladas por los americanos. Estos dos años fueron de impulso al desarrollo en tecnología de sistemas que volvieran más

eficientes los procesos y afinaron los indicadores de gestión. Aunque Aetna exigió mayor crecimiento en usuarios, respetó y compartió la estrategia hasta el momento desarrollada, pues demostraba resultados satisfactorios.

En el año 2.000, a consecuencia de inversiones internacionales no muy acertadas, las acciones de Aetna se desploman en el mercado bursátil y se ofrece en venta todas las empresas fuera de los Estados Unidos. A inicios del 2001, el poderoso grupo Holandés de la Banca Internacional ING (*International Needherland Group*), a través de su oficina en Chile compró a Aetna la propiedad de Cruz Blanca Chile y, por ende, Cruz Blanca Colombia.

Dado que la operación de las EPS es de muy bajo margen, con un promedio apenas del 3%, el volumen es muy importante para remunerar la inversión que se hace en este sector. Por ello, a pesar de que el régimen contributivo tiene 14 millones de usuarios, no habrá necesidad de que el país tenga 30 ó 40 EPS. Por el contrario, la tendencia del mercado es a concentrarse y reducir el número de aseguradoras. Las alianzas estratégicas, las fusiones o las incorporaciones serán necesarias para lograr economías de escala y mejores márgenes de operación.

En consecuencia, en octubre/01 comenzaron contactos con SaludCoop EPS (la mayor EPS privada del país) y tras el visto bueno de la Superintendencia de Salud, el negocio se concretó por US\$19 millones (unos \$40.000 millones de pesos colombianos) el 15 de diciembre de 2001. Para esa fecha Cruz Blanca EPS contaba con 480.000 usuarios, 300.000 de ellos concentrados en Bogotá.

Vale la pena resaltar que a pesar de los diferentes cambios de propietario, Cruz Blanca Colombia ha seguido en proceso constante de crecimiento, cumpliendo con las expectativas de los distintos inversionistas.

CRECIMIENTO DE CRUZ BLANCA EPS DESDE 1996 HASTA SEPTIEMBRE DE 2000.

	1996	1997	1998	1999	2000.
Número empleados	709	771	975	1.454	1658
Número Usuarios compensados	81.499	168.580	188.644	325.162	397.626
Ingresos por UPC (en miles de pesos)	\$6.945.592	\$35.416.123	\$56.041.761	\$74.293.870	\$8.234.663
Utilidad o Pérdida Registrada(en miles de pesos)	-\$280.604	\$332.325	\$2.727.999	\$4.451.000	\$223.900

Fuente: Cruz Blanca EPS

Para finales del año 2000, la eficiente gestión demostrada por Cruz Blanca la había posicionado en el cuarto lugar en rentabilidad frente a sus competidoras privadas, con tan solo 5 años de existencia.

PARTICIPACIÓN EN UTILIDADES A MARZO DE 2000.

EPS	% PARTICIPACIÓN
SaludCoop EPS	50.08%
Salud Colmena EPS	11.50%
Susalud EPS	8.41%
Cruz Blanca EPS	7.06%
Unimec EPS	6.41%

Fuente: Informe primer trimestre, 2.000l ACEMI

Es de anotar que Cruz Blanca siendo una EPS pura, sin respaldo de socios en Colombia o *Holdings* de empresas que apalanquen su crecimiento se encuentra con un 5% de participación en el mercado, ocupando el séptimo lugar en el país.

PARTICIPACIÓN EN EL MERCADO A MARZO DE 2000

EPS	% PARTICIPACIÓN
Saludcoop EPS	24.11%
Coomeva EPS	12.63%
Susalud EPS	8.97%
Famisanar EPS	8.36%
Salud Total EPS	6.22%
Compensar EPS	5.29%
Cruz Blanca EPS	4.98%
Cafésalud EPS	4.97%

Fuente: Informe trimestral ACEMI

La estructura de resultado técnico se analiza considerando por un lado lo que representa el costo de operación de los CMF incluyendo no solo el mantenimiento, dotación y administración de los mismos, sino el costo de la mano de obra de técnicos (auxiliares de enfermería, higienistas orales, auxiliares de odontología, auxiliares administrativas, etc) y profesionales (médicos, enfermeras jefe y odontólogos), a lo que se le ha llamado Costo Técnico Interno.

Por otro lado, se consideran los gastos generados por la utilización de los servicios ambulatorios (consulta de especialista, laboratorio clínico, medicamentos, imágenes diagnósticas, terapias, etc.) y hospitalarios (día cama hospitalaria, honorarios médicos, derechos de sala, materiales y medicamentos hospitalarios, etc.), como Costo Técnico Externo ya que son facturados bajo la modalidad de “*fee for service*” y entregados por la red de prestadores adscrita a la compañía.

En este sentido se observa un incremento significativo en el costo técnico externo principalmente en el año 2.000, el cual ha superado al 50% al obtenido en años anteriores.

**COMPORTAMIENTO DEL COSTO TÉCNICO
DESDE 1997 HASTA SEPTIEMBRE DE 2000
CRUZ BLANCA EPS**

AÑO	COSTO TÉCNICO INTERNO	COSTO TÉCNICO EXTERNO	COSTO TÉCNICO TOTAL
1997	22.41%	48.88%	71.29%
1998	50.22%	22.93%	73.15%
1999	48.93%	21.47%	70.40%
2000.	53.80%	23.61%	77.42%

Fuente: Cruz Blanca EPS.

El Costo técnico externo se clasifica de acuerdo con el grupo de servicios prestados en: Ambulatorio quirúrgico, Ambulatorio no quirúrgico, Hospitalario quirúrgico, Hospitalario no quirúrgico.

**DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EXTERNO POR
GRUPO DE SERVICIO DE ENERO
A SEPTIEMBRE DE 2000.**

GRUPO DE SERVICIO	PORCENTAJE
Ambulatorio Quirúrgico	4%
Ambulatorio no Quirúrgico	21%
Hospitalario Quirúrgico	10%
Hospitalario no Quirúrgico	18%
Gasto Externo	53%

Fuente: Cruz Blanca EPS.

En este sentido existen diferentes tipos de control para cada grupo. Los servicios ambulatorios no quirúrgicos son administrados por el Médico de Cabecera, quien a través del seguimiento de la historia clínica de sus pacientes asignados racionaliza la demanda autorizando lo que realmente sea necesario. Es aquí donde se tiene el mayor control de gasto.

Para los servicios hospitalarios quirúrgicos existe una intervención menor del médico general en la medida en que remita a los especialistas los casos que lo requieran; sin embargo, son esos profesionales los que toman las decisiones quirúrgicas y su control se hace más difícil.

Sobre los servicios hospitalarios no quirúrgicos, cobra gran importancia la labor de los auditores hospitalarios quienes controlan la pertinencia en días de estancia y uso tanto de servicios de diagnóstico hospitalarios como la utilización de medicamentos, a través de lo que se llama “auditoria en caliente”, es decir, que hacen su intervención en el momento mismo de la hospitalización. Se complementa su labor con la evaluación de las cuentas de cobro, trabajo desarrollado por enfermeras con amplia experiencia clínica quienes verifican la cantidad y pertinencia de lo cobrado por la IPS

Entonces con la infraestructura y la gestión de los médicos en el primer nivel de atención, se tiene un control razonable de los gastos derivados de los servicios ambulatorios, que corresponden a cerca del 60% del total del gasto en salud. El 40% restante corresponde a servicios hospitalarios, donde se evidencia una tendencia creciente, con gran dificultad en su control, a pesar de disponer de diferentes procesos complejos y desgastantes de auditoria y revisión detallada de cuentas, mas aún cuando lo que se viene presentando es un incremento en las frecuencias de eventos hospitalarios mas que en su costo promedio.

