

Hygeia no es Panacea

Condiciones para dialogar sobre cobertura de la Seguridad Social en Salud¹

Félix Martínez¹, Gabriel Robayo² y Oscar Valencia³

¹ Médico, M. Sc. Investigador y Presidente FEDESALUD. Investigador Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID. Universidad Nacional.

E-mail: fedesalu@col1.telecom.com.co

² Economista Investigador FEDESALUD, Consultor Programa de Apoyo a la Reforma, Ministerio de Salud. E-mail: fedesalu@col1.telecom.com.co

³ Economista. Investigador FEDESALUD. Consultor Ministerio de Hacienda.

E-mail: fedesalu@col1.telecom.com.co

RESUMEN

Se analiza la actual forma de medir la cobertura de la seguridad social en Colombia y Latinoamérica, sin tener en cuenta los principios básicos de la seguridad social. Se cuestiona si la racionalidad del aseguramiento es compatible con la racionalidad de las actividades costo efectivas de salud pública y, si los planes de salud construidos bajo la segunda óptica aseguran a los individuos o al Estado. Igualmente, se revisa, desde la perspectiva de la reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia, si los planes de atención básica o maternoinfantiles, entendidos hoy como aseguramiento en distintos países de Latinoamérica y promocionados por las agencias multilaterales, son los mismos planes de salud pública que siempre han existido y por tanto simplemente se abusa del término seguridad social.

Palabras claves: Cobertura, seguridad social, equidad (*fuentes: DeCS, BIREME*).

¹ Artículo cedido para publicación en la Revista de Salud Pública por la Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social – FEDESALUD

ABSTRACT**Hygieia is no panacea. Conditions for a dialogue about coverage of social security for health.**

The current way of measuring the coverage of social security in Colombia and Latin America is analyzed, without taking into account the basic principles of social security. Whether the rationality of health insurance is compatible with the rationality of cost-effective public health activities is questioned as well as if the health plans designed under the latter vision insure the individual people or the state. The question of whether the basic health and mother-child plans, considered nowadays as health insurance in several Latin American countries and promoted by multilateral agencies, are not different from the same public health plans which have always existed and if therefore the term social security is simply being misused and abused of, is examined.

Key Words: Insurance coverage, social security, social justice (*source: MeSH, NLM*).

La primera dificultad que se debe asumir para poder hablar sobre Cobertura de la Seguridad Social en Salud, consiste en precisar los términos en que se pretende definir dicha cobertura. Previamente, es indispensable revisar que se entiende por seguridad social, aseguramiento y cobertura.

Por seguridad social suele entenderse la existencia de diversos mecanismos de protección social frente a los riesgos que afectan a los individuos en una determinada sociedad, basados en el principio de solidaridad que debe existir entre los miembros de la misma, de modo que, con base en ella, todo individuo, por el solo hecho de pertenecer a una comunidad tiene derecho a estar protegido por la sociedad en que vive (1).

De acuerdo con el texto de un autor colombiano (2): "Una de las formas que se encontró para cohesionar el tejido social fue la aplicada en la Alemania de Bismarck gracias a la introducción del aseguramiento al manejo de los problemas sociales. Los seguros aparecen como técnica para la circulación de las mercancías a nivel internacional. La base estadística estaría dada por la ley de los grandes números, lo que permite calcular el riesgo e introducir el principio de solidaridad recogido por la Revolución Francesa". Como lo señala Rosanvallón: "Al pasar de la noción subjetiva de com-

portamiento y responsabilidad individual, a la noción objetiva de riesgo, el seguro invitaba a mirar lo social de manera diferente...El enfoque en términos de riesgo en efecto, remite en primer lugar a una dimensión probabilística estadística de lo social (el riesgo es calculable) que permite relegar a un segundo plano el juicio sobre los individuos... A diferencia de la asistencia social propia de los sistemas de protección precapitalistas, el seguro social representa la ejecución de un contrato en el cual los ciudadanos y el Estado están igualmente implicados. El seguro social funciona como una mano invisible que produce seguridad y solidaridad sin que intervenga la buena voluntad de los hombres. Por construcción el seguro atañe a las poblaciones: al hacer de cada uno la parte de un todo, hace así interdependiente a los individuos....” (3).

Y señala el mismo autor, sobre la construcción del Estado de Bienestar que permitió en Europa la consolidación de los derechos sociales: “...Teniendo en cuenta que la producción no es un asunto exclusivo del sector privado, toda vez que de su desenvolvimiento depende la vida de la sociedad, este tipo de Estado tomó a su cargo el establecimiento de relaciones más equitativas entre el capital y el trabajo; así, en la contraprestación a la subordinación del trabajo quedaron comprendidas la remuneración en salario nominal y la garantía de mejores condiciones de trabajo y de vida para los trabajadores y sus familias. Esta regulación, que permitió el acceso a la salud, educación, protección social y a las normas de seguridad industrial, dotó a los trabajadores y por su intermedio a toda la sociedad de los derechos sociales, los cuales sumados a los derechos civiles y políticos conforman lo que Bruno Lautier denomina la plena ciudadanía” (2).

En este sentido, el desarrollo de la seguridad social es inherente al desarrollo de las sociedades capitalistas. De hecho la seguridad social, al nacer en Europa, no sólo permitió a los gobiernos dar respuesta a las exigencias de la población trabajadora organizada, sino que al tiempo constituyó un mecanismo ideal para descargar a las empresas con mayor antigüedad de una costosa carga prestacional, responsabilidad que no les permitía ser competitivas.

Sin duda debemos reconocer que, de no contar las sociedades capitalistas con dichos mecanismos de aseguramiento, las familias, ante las contingencias de enfermedad, invalidez, vejez o muerte del trabajador del grupo, se quedarían sin ingresos para subsistir o verían seriamente reducido su calidad de vida. También que, sin seguridad social, el esfuerzo de acumulación familiar (ahorro e inversión) de mu-

chos años puede perderse por una sola contingencia. En términos sencillos, sin seguridad social, el trabajador, frente a la crisis económica insalvable generada por la contingencia, consideraría que todos sus esfuerzos de muchos años han sido en vano.

“El primer derecho del individuo reconocido como sujeto central de la política es el derecho a la vida. El cambia su sumisión o su participación según las diversas formas de este contrato social, contra esta garantía fundamental: proteger su integridad física contra todas las amenazas de violencia interior. El paso de un estado natural a un estado civil realizado por el Estado consiste en producir la paz civil. Pero esta seguridad de los individuos implica igualmente el reconocimiento y la garantía de otro derecho: la propiedad” (4). Por tanto, la seguridad social es parte fundamental del contrato social, base de la paz social: se acepta la subordinación al trabajo y se respeta la propiedad a cambio de la garantía de mejores condiciones de trabajo y de vida para los trabajadores y sus familias.

Conviene precisar en este punto que, en las economías socialistas, la seguridad social ha sido el objeto mismo del Estado, y cuando este asume la función de garantizar las necesidades de salud, educación, vivienda, alimentación o ingresos de todas las familias, el individuo no requiere otros mecanismos distintos para protegerse de las contingencias. En este caso, el enfoque en términos de riesgo, que remite a una dimensión probabilística estadística de lo social, se convierte en herramienta de planificación.

Pero queremos resaltar aquí una perspectiva más ligada a la técnica del aseguramiento, desde la cual la seguridad social puede ser observada como el conjunto de mecanismos creados para garantizar la estabilidad del ingreso individual o familiar en una sociedad de mercado. Seguros como el de enfermedad general y maternidad, el de invalidez, vejez y muerte o el de desempleo, constituyen la garantía de la seguridad y estabilidad económica de las familias de los trabajadores, es decir la protección contra las contingencias, indispensable en una sociedad capitalista, en la cual el Estado no tiene la función directa de garantizar el ingreso y la provisión de las necesidades de las familias, a diferencia de las sociedades socialistas.

Sin seguro de salud, una enfermedad de alto costo puede traducirse, por ejemplo, en un grave endeudamiento, que puede conducir a la pérdida de la vivienda familiar o de la posibilidad de enviar los hijos a la universidad, para una familia medianamente acomodada, especialmente si además del enorme incremento en el gasto, dicha enfermedad significa a un tiempo la pérdida de ingresos, por afectar la capacidad de trabajar y aportar de alguno de los miembros.

Desde esta perspectiva, el aseguramiento en salud no se diferencia básicamente del aseguramiento de una propiedad o un vehículo, en el sentido de proteger contra un riesgo económico, tampoco se diferencia del mecanismo de seguros en el sentido de distribuir un riesgo entre todos los miembros de un grupo poblacional, y tampoco en el objetivo final de mantener la calidad de vida de los individuos y la familia.

El aseguramiento crece en importancia en la segunda mitad del Siglo XX dado el crecimiento de los costos de la medicina, asociados a esa nueva práctica hospitalaria industrializada, plena de alta tecnología, costos que resultan inaccesibles ya no sólo para la población más pobre o marginada, sino para la mayoría absoluta de la población, o accesibles únicamente bajo la condición ya señalada de un deterioro notable en el patrimonio familiar o la calidad de vida.

Cabe anotar que los sistemas clásicos de seguridad social para los trabajadores generaron en muchos de nuestros países la fuente financiera estable que permitió el desarrollo de las instituciones de alta tecnología médica (5), antes imposible de sostener, y una vez creadas y disponibles para unos ciudadanos, resultó más injusto que otros no tuvieran acceso a dicha tecnología frente a enfermedades muy graves o incluso mortales.

El Informe sobre la Salud en el Mundo- 2000 señala en este sentido: "Los sistemas de salud difieren de otros sistemas sociales, como el de educación, y de los mercados de la mayoría de bienes y servicios, en dos aspectos fundamentales.... Una es que la atención médica puede ser catastróficamente costosa. La mayoría de las necesidades en salud son impredecibles, por lo que resulta vital para la población estar protegida del dilema que de otra forma supone la ruina financiera o la pérdida de la salud...." (6).

En nuestro país, la Constitución de 1991 estableció en su primer artículo que “Colombia es un Estado Social de Derecho” y en el segundo que entre los fines esenciales del Estado está el de “garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución”, entre ellos el derecho irrenunciable a la seguridad social. En este sentido, el aseguramiento establecido en la Ley 100 es la forma de garantizar que el derecho a la salud se haga efectivo.

El aseguramiento en salud introducido por la Ley 100 de 1993, que crea el Sistema General de Seguridad Social, se diferencia de los seguros de propiedad u otros, en el hecho de que es un seguro obligatorio y único, con carácter universal y estrictamente controlado por el Estado como servicio público, independientemente de que los aseguradores sean empresas públicas o privadas. Lo fundamental es que el aseguramiento es el mecanismo que permite responder colectivamente a las necesidades de cada individuo (necesidades financieras generadas por la contingencia).

No consiste en principio en prestar servicios de salud, sino en el hecho de estar protegido por un seguro que garantice el pago de los servicios médico hospitalarios, así como la continuidad del salario durante la incapacidad, a fin de que la familia no vea en peligro sus ingresos. El hecho de la organización o prestación, directa o no, de los servicios de salud por parte del asegurador (Entidad Promotora de Salud –EPS- para el caso colombiano), puede incidir en la calidad y el costo de los servicios y del mismo aseguramiento, pero no cambia sustancialmente el concepto de pagar una prima para estar cubierto de un riesgo financiero.

Tampoco el hecho de que la aseguradora sea privada o pública, domine todo el mercado o compita con otras, cambia sustancialmente el principio de aseguramiento, aunque sí la forma de gestión del aseguramiento. Es necesario precisar a este respecto que la gestión de las entidades que manejan seguros de salud va más allá del pago de las contingencias, e incluye importantes funciones de agencia, para conseguir servicios de calidad y menor precio para los asegurados, informarlos adecuadamente sobre la utilización y necesidad de servicios, en suma, superar la asimetría de información entre prestadores de ser-

vicios de salud y usuarios, y de esta forma reducir los costos de transacción.

Otro aspecto clave del aseguramiento es el tamaño del “pool” o grupo asegurado, que define la magnitud de la distribución del riesgo: cuanto más grande el grupo asegurado o poblacional, más efectiva la distribución del riesgo, lo que permite disminuir el efecto financiero de las contingencias para el asegurador y por tanto el costo para el asegurado. Por tal razón, una condición del aseguramiento es el tamaño mínimo del pool. Una forma adicional de distribuir el riesgo es el mecanismo de reaseguros, mediante el cual se distribuye a su vez el riesgo entre varios “pooles”.

La reforma en Colombia optó por delegar el servicio público de seguridad social en salud, es decir el manejo del seguro, a empresas públicas y privadas, las llamadas Entidades Promotoras de Salud, que pueden manejar sus propios “pooles” de riesgo o grupos poblacionales, pero tienen la obligación a su vez de distribuir más ampliamente los riesgos mediante un mecanismo de reaseguro parcial que cubra las enfermedades de mayor costo.

Adicionalmente el Sistema distribuye el costo de la póliza del seguro de salud, o unidad de capitación-UPC, mediante un proceso de compensación entre las aseguradoras, componente de solidaridad heredado de la antigua seguridad social, que permite que los trabajadores de mayores ingresos compensen la poca capacidad de pago de los trabajadores de menores ingresos, pero que fue ampliado al compensar el gasto de las familias con muchos miembros con el de las familias o núcleos familiares con pocos o un solo miembro. En última instancia se cumple el principio introducido por la seguridad social en Europa, que separa la capacidad de pago de la necesidad de servicio o del riesgo. La solidaridad se da en el pago, la equidad en el servicio o derecho igual para todos.

Una tercera condición del aseguramiento es el cálculo de las contingencias para el asegurador en función de dos variables, el costo y la frecuencia de las mismas (finalmente, el costo de una póliza de seguros se calcula teniendo en cuenta estas dos variables más los costos

de administración y ventas y la utilidad del asegurador). En cuanto a la dimensión probabilística estadística de lo social, el riesgo es calculable (como se citó anteriormente). Los riesgos en salud se elevan igualmente a un cálculo de frecuencias y costos, para estimar el valor de la póliza para un determinado "pool" o grupo poblacional.

En Colombia se incluyeron y calcularon dentro del seguro único de salud o Plan Obligatorio de Salud (POS), tanto los riesgos poco frecuentes y de alto costo (cáncer, enfermedades renales, etc), como la atención médica para el resfriado o la operatoria dental, problemas de bajo costo de atención y alta frecuencia. También se costearon independientemente y se incluyeron actividades de promoción y prevención de la salud dentro del paquete obligatorio.

Es pertinente en este punto precisar que el aseguramiento en salud es necesario y resulta lógico para protegerse de las contingencias que supongan mayor riesgo financiero, como enfermedades catastróficas, u otras que requieran hospitalización y cirugía, etc., pero que se pierde totalmente la lógica de aseguramiento cuando se habla de servicios básicos o actividades de promoción y prevención, puesto que los ciudadanos no adquirirían por iniciativa propia seguros para esta clase de servicios, ni el mercado los ofrecería.

La racionalidad del aseguramiento no es compatible con la racionalidad de las actividades costo efectivas de salud pública para el Estado, pues el primero presupone la condición de baja frecuencia y alto costo y la segunda, por el contrario, implica alta frecuencia (prevalencia) y bajo costo. Cuando estos servicios básicos o las actividades de promoción y prevención se incluyen en paquetes de aseguramiento, lo hacen en función de una lógica distinta a la protección del riesgo financiero de las familias. Se pueden describir varias:

- La primera puede definirse como la lógica de la "integralidad" del servicio o, dicho en términos más claros, la pretensión de dar respuesta a todas las necesidades de salud de los individuos, hasta la más insignificante. Tal pretensión siempre hace crisis, en función del riesgo financiero asociado a la alta demanda los servicios básicos, riesgo financiero superior al de las enfermedades de alto costo para las

aseguradoras, por lo que surgen de inmediato llamados al freno de la utilización indebida de los servicios y a la imposición de cuotas reguladoras de esta demanda, cuando no se presenta un franco deterioro de estos servicios básicos como mecanismo para evitar su utilización. En suma, se retrocede de la noción objetiva de riesgo, propia de la seguridad social, a la noción subjetiva de comportamiento y responsabilidad individual.

- La segunda razón suele estar relacionada con el interés de mantener sanos a los individuos, que es importante desde el valor salud en si mismo, pero que para las aseguradoras responde a una lógica en términos financieros, cual es la de pretender manejar el riesgo y reducir los costos por atención de enfermedades, propósito que puede tener sentido en el corto plazo, pero no en el largo plazo, cuando en función de la prevención aumente el promedio de edad de los asegurados.

- Pero la razón principal, que conduce a la inclusión de las actividades básicas o de promoción y prevención en los paquetes de aseguramiento debe buscarse en las políticas públicas, donde se evidencia otra tendencia. Una revisión de los documentos que justifican estas políticas mostrará que prima el interés del Estado de asegurarse frente a unos costos de servicios y unos riesgos de salud pública, sobre el interés de los ciudadanos centrado en la garantía de accesibilidad a los servicios. Los criterios que primaron en el diseño del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado en Colombia fueron los de costo – efectividad, según las publicaciones oficiales (7). Tal criterio se trató de imponer en el Régimen Contributivo, pero fue rápidamente rechazado por la realidad, es decir los derechos adquiridos y vigentes para los trabajadores en la seguridad social.

Este interés resulta más evidente cuando se pretenden adicionalmente que el paquete del seguro de salud, incluya las actividades básicas y de promoción y prevención, que no son propias de la lógica del aseguramiento y que, por el contrario, excluya la protección contra los riesgos financieros de la enfermedad, razón principal de la existencia del mecanismo de aseguramiento.

Desde este punto de vista, la idea de cubrir a los pobres con un "seguro de atención básica" no es otra que la de establecer una forma de contratar y garantizar a un costo fijo unos servicios que interesan a la comunidad y al Estado, línea de pensamiento útil desde el punto de vista de la salud pública, pero muy distinta de aquella que generó la seguridad social.

"Para el Banco Mundial, la política para superar la pobreza durante los ajustes estructurales debía comportar dos características: 1) ser complementaria y subordinada a los programas de ajuste estructural, pues del éxito de tales programas dependería el desarrollo social futuro, de ahí que el objetivo fuera proteger a los que transitoriamente no pudieran incorporarse o fueran excluidos del proceso de crecimiento económico; 2) tales políticas deberían ejercerse mediante gasto público social, aun cuando se reconoce la dificultad de aumentarlo en condiciones de restricción fiscal. En materia de salud este organismo a través de su Departamento de Población, Salud y Nutrición pregonó el diseño, para los países de bajos ingresos, de un paquete mínimo de intervenciones clínicas y de salud pública con reducido costo destinadas a aliviar la carga ocasionada por las principales enfermedades y que debía ser subsidiado por el Estado" (2).

La OMS señala en el Informe sobre la Salud en el Mundo-2000, al cuestionar los resultados de la estrategia de atención básica o primaria a la población, que persiguiera la meta "Salud para todos" a partir de la Conferencia Internacional de Alma-Ata, en 1978: "Ha habido un esfuerzo sustancial en muchos países para tratar de entrenar y utilizar trabajadores comunitarios para proveer servicios básicos costo-efectivos para comunidades rurales que previamente tenían poco o ningún acceso a la moderan atención médica..... La calidad de la atención obtenida a menudo fue tan pobre que debería llamarse "primitiva" y no primaria..., particularmente cuando la atención primaria se limita a los pobres y sólo incluye los servicios más simples" (6).

Reza también el Informe sobre la Salud en el Mundo-2000: "El movimiento de atención primaria puede ser criticado por dar demasiada poca atención a la demanda de la población por servicios de salud, la cual es altamente influenciada por la percepción de calidad y el respeto a las necesidades del usuario, y en lugar concentrarse casi exclusivamente en sus necesidades presuntas. Los sistemas fallan cuando estos dos conceptos no encajan, debido a que la provisión de servicios no se ajusta a ambos." Y agrega en este sentido: "Las ideas de responder más a la demanda, tratar de asegurar el acceso a los pobres y hacer énfasis en el financiamiento, in-

cluyendo subsidios, está involucrada en muchas de las reformas de tercera generación..." (6).

"En suma, los sistemas de salud tienen la responsabilidad no sólo de mejorar la salud de la población sino de proteger a esta contra el costo financiero de la enfermedad y tratarla con dignidad..." Así mismo: "Los sistemas de salud tienen tres objetivos fundamentales. Estos son: mejorar la salud de la población a la que sirven; responder a las expectativas de la población; proveer protección financiera contra los costos de enfermar" (6) concluye la OMS, para fijar con claridad el alcance de las responsabilidades de los gobiernos.

Los modelos "costo-efectivos" muy en boga en la década de los 90, se caracterizan por no considerar el problema de la equidad, pues claramente son dirigidos a sectores sin recursos de la población por técnicos y expertos que pertenecen a otras clases sociales, las que en ningún momento aceptarían para ellas tal restricción de servicios en función de la "conveniencia general".

Daniels señalaba en un foro realizado en 1999 en Bogotá, sobre Ética y Reformas a la Salud, auspiciado por el Ministerio de Salud, que "Cuando se inicia un análisis de costo-efectividad, la primera pregunta es: ¿Bajo la perspectiva de quien se hará el análisis? ¿Los costos de quien? La perspectiva más válida al menos teóricamente es la de la sociedad, es decir, contar todos los costos y todos los beneficios que se derivan de una intervención. Sin embargo, los usuarios de los resultados de un análisis de costo-efectividad pueden tener intereses diferentes a los de la sociedad como un todo..." (8).

En el mismo foro, otro experto argumentaba, como preocupación central de su ponencia que "...una ética del racionamiento de los recursos de salud es posible y debe ser posible siempre y cuando esta se formule dentro de un marco conceptual que no pretenda justificar situaciones de injusticia estructural..." (9).

Nuevamente el Informe de la OMS-2000, precisa: "La estrategia de costo-efectividad por sí misma es relevante para alcanzar los mejores resultados en salud para la población general, pero no necesariamente para la segunda meta, reducir la inequidad... El de costo-efectividad es sólo uno de los nueve criterios que debe respetar un sistema de salud.... Un sistema de salud debe también proteger del riesgo financiero... Un sistema de salud

diseñado y operado solamente desde la perspectiva de costo efectividad debe ser capaz de conseguir mucha mayor expectativa de vida o más equidad, o ambos, pero podría responder mucho menos a lo que la gente quiere y espera"(6).

En síntesis, los ciudadanos no tienen la libertad de escoger su paquete de servicios o contra que asegurarse, puesto que no se le plantean opciones en este sentido en los Sistema de Seguridad Social en Salud, por lo cual las decisiones tomadas por unos pocos técnicos sobre lo que le conviene o no a la ciudadanía pueden considerarse arbitrarias, sin importar lo bien intencionadas que sean, puesto que no se dio oportunidad a la sociedad, especialmente a los afectados por la decisión de aplicar un seguro parcial y limitado, de debatir sobre los riesgos que se deben incluir prioritariamente en tal aseguramiento limitado (8). Lo técnico, por tanto, no puede aislarse de lo político en la toma de decisiones que afectan a grandes sectores de la población.

Ahora bien, la reforma de la seguridad social en Colombia prevé alcanzar la cobertura universal que garantice el acceso a un Plan Obligatorio de Salud (POS) igual para todos sus habitantes, y supuestamente diseñó un esquema para lograrlo, que nos ha hecho merecedores del primer lugar en equidad en el financiamiento, según la OMS. Sin embargo, este Plan completo se aplicó desde el inicio tan sólo en el Régimen Contributivo, es decir a los trabajadores que cotizan a la seguridad social y sus familias.

La reforma estableció que el Régimen Subsidiado (diseñado para quienes no tienen capacidad de pago), en su punto de partida, iniciara con un plan que incluyera "servicios de salud del primer nivel o de atención básica y materno infantil por un valor equivalente al 50% de la unidad de pago de capitación (UPC) del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables" y ordenó que "el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el plan obligatorio del sistema contributivo, en forma progresiva antes del año 2001" (Art. 162 de la Ley 100).

El diseño del Régimen Subsidiado reunía la pretensión de algunos técnicos de construir un plan ideal, en cuanto a la racionalidad “costo efectiva” de la inversión en salud (El modelo de costo efectividad incorporado en la Ley 100 fue el de Años de Vida Saludable, metodología utilizada a principios de los 90 por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud en ocho regiones del mundo) (10), pero al no corresponder a la demanda real de servicios de salud de la población pobre, significó una enorme pérdida de recursos en los primeros años de operación del Régimen Subsidiado, y originó la desfinanciación de los hospitales por la atención de riesgos no cubiertos por este seguro, así como utilidades exageradas para las Administradoras del mismo (11). Prueba de ello es que posteriormente el CNSSS debió incrementar los contenidos del Plan (en atenciones quirúrgicas fundamentalmente) sin subir en valor constante el costo del aseguramiento y finalmente redujo el valor de la UPC pagada (12).

El Plan Obligatorio de Salud Subsidiado adicionalmente fue construido y calculados sus costos adicionalmente sobre el idealismo de una cobertura del 100 % en todas las actividades de promoción de la enfermedad y prevención de la salud, meta imposible de lograr en cualquier país del mundo. Posteriormente se acordó la incorporación de servicios de algunos procedimientos de segundo y tercer nivel de complejidad al Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, al comprobar por estudios técnicos un gasto en salud inferior al 70 % de la UPC por parte de las Administradoras del Régimen Subsidiado (entidades creadas con posterioridad a las Empresas Promotoras de Salud, con menos requisitos, para manejar el seguro de la población pobre).

En la actualidad no existe posibilidad, al menos próxima, de acercar los contenidos del Plan Obligatorio de Salud restringido del Régimen Subsidiado (13) a los del POS completo del Régimen Contributivo, de acuerdo a la disponibilidad de recursos para subsidios, por lo que la decisión provisional en la práctica se ha vuelto permanente. Afortunadamente, ante la discusión entre el modelo costo-efectivo y el modelo de aseguramiento, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, además del paquete básico propuesto, incluyó desde un principio las patologías de muy alto costo en el POS limitado del Régimen Subsidiado.

Sin embargo, se da por hecho que las 9,5 millones de personas del Régimen Subsidiado, con seguro parcial, cuentan con seguridad social, lo que sólo parcialmente es correcto. Por ello, cuando en FEDESALUD estudiamos la cobertura de la seguridad social en salud desde el punto de vista del aseguramiento, contamos las Unidades por Capitación (UPC) o primas que han sido pagada a las aseguradoras, así como el valor de las mismas. Si en el Régimen Subsidiado en Colombia el seguro cuesta aproximadamente la mitad que en el Contributivo e igualmente cubre cerca de la mitad de los riesgos, debe considerarse como medio seguro y no como uno entero, desde la perspectiva de una ley dirigida a alcanzar un Plan Obligatorio de Salud igual para todos los colombianos.

De esta forma, los problemas de disponibilidad de recursos para el aseguramiento y los problemas relacionados con la equidad se aprecian con mucha mayor claridad. De aquí nuestra propuesta de definir la cobertura en términos de número de ciudadanos con aseguramiento efectivamente pagado y en relación al valor de un Plan de Salud lo más completo posible disponible en el país; por ejemplo, el que rigió para los trabajadores en la mayoría de los Institutos de Seguros Sociales.

Precisemos lo anterior, en cuanto a las consecuencias sobre la equidad: cuando el Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia determina el Plan Obligatorio de Salud y el valor de la Unidad de Capitación del Régimen Contributivo, sin proponérselo, emite una declaración política sobre los servicios de salud que deben garantizarse a cada ciudadano y deja una constancia pública del costo promedio por persona de estas atenciones. Se precisan aquí unos derechos, que dan origen, señalan algunos autores, a un nuevo concepto de ciudadanía.

Resulta fácil a partir de dicho reconocimiento del gasto necesario por ciudadano, hecho por el mismo Estado, evaluar los recursos requeridos para garantizar los servicios de salud a todos los habitantes del país, e igualmente resulta sencillo cuantificar la disponibilidad de los mismos para los grupos asegurados o no asegurados. La equidad o inequidad se puede medir entonces a partir de las diferencias en el *per*

cápita que un sistema de salud destina para cada grupo o segmento poblacional identificable.

Si aplicamos tal concepto, podemos observar un grave problema de inequidad en la etapa actual de implementación de la Seguridad Social en Salud en Colombia, o de transición entre el sistema de asistencia pública y el sistema de aseguramiento. En primer lugar, la disponibilidad de recursos *per cápita* para la población pobre afiliada al Régimen Subsidiado es la mitad de la estimada como necesaria por el mismo Sistema y que el Fondo de Solidaridad reconoce por cada afiliado al Régimen Contributivo. Análisis similar, en términos de *per cápita* disponible, se requiere respecto a los grupos poblacionales no asegurados, aunque resulte algo más difícil establecer con precisión estos segmentos poblacionales y los recursos efectivamente disponibles para sus servicios, por lo que las cifras se manipulan fácilmente según lo que se pretenda demostrar.

En Colombia, para calcular la población que requiere subsidios se trabaja según una medida de pobreza calculada por necesidades básicas insatisfechas, que es muy inferior a la línea de pobreza calculada en función de ingresos por las mismas agencias del Estado (la primera metodología identifica 15 millones de pobres contra 24 de la segunda). La consecuencia es que el número de pobres incapaces de pagar la seguridad social cambia dramáticamente según se utilice una u otra medición de la pobreza, y las obligaciones financieras del Estado, igualmente se reducen o aumentan. Por tanto las cifras se manejan de acuerdo con el interés de cada Gobierno, como señala Sen (14).

En síntesis, sin establecer un Plan concreto, que cubra el riesgo financiero que supone la atención de un grupo enfermedades, y sin determinar un costo *per cápita* del mismo, que permita compararlo con el costo de un plan completo en el país (o en los países vecinos o de similar desarrollo), cualquier cobertura de la seguridad social que se mencione no será más que una cobertura virtual.

Peor aún, se entiende, será la perspectiva desde los modelos o sistemas de los países que pretenden cobertura de la seguridad social sin siquiera plantear una meta de igualdad en el derecho a la atención en

salud o de protección del riesgo financiero de la enfermedad a mediano o largo plazo. En este sentido, la reciente utilización en Latinoamérica del término seguridad social para mencionar una nueva forma de contratar los programas de atención primaria, que anteriormente prestaba el Estado, o para aplicar los modelos costo-efectivos a la población pobre supone un malabarismo lingüístico o cuando menos la utilización indebida del término.

En otro aparte del Informe de la OMS-2000 puede leerse: "Los antiguos griegos creían que Esculapio, el dios de la medicina, tenía dos hijas. Una, Hygeia, era responsable de la prevención, mientras la otra, Panacea, era responsable por la cura..." (6).

Vender los programas de atención primaria o paquetes básicos costo-efectivos para la población pobre con el nombre de seguridad social no debe permitirse, pues estos no corresponden a los principios ni a la esencia de la seguridad social. Es como si, acudiendo a las deidades citadas, se tratara de confundir al pueblo presentando a Hygeia con el vestido de Panacea, puesto que usualmente hay demanda por la última, pero no hay demanda por la primera.

Todo lo dicho no demerita la trascendental importancia de la salud pública, de la atención básica y de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, aunque, como en toda disquisición, en esta se privilegie un aspecto de la realidad que se considera no ha sido tomado en cuenta debidamente. En realidad, el no tener claridad en la separación de las lógicas de aseguramiento y salud pública, afecta las posibilidades de desarrollo de ambas. También es necesario precisar que el pago del aseguramiento no garantiza por sí sólo la prestación adecuada de servicios de salud, pero este tema trasciende el alcance de este documento.

Por las razones expuestas consideramos pertinente concluir que la formulación de los Sistemas de Seguridad Social en Salud en Latinoamérica debe basarse siempre en los principios de universalidad, equidad y solidaridad, si pretenden llamarse tales. Es decir, deben dejar claro en su formulación el único final posible junto con el propósito de salud pública para todos, que incluye la solidaridad en el finan-

ciamiento y la equidad en el acceso a los servicios, no importa cuan largo sea el plazo que se proponga para lograr dichas metas. En suma, un único sistema de seguridad social en salud para todos los ciudadanos y no sistemas diferentes para ciudadanos diferentes ◀

REFERENCIAS

1. Cañón LO. Una Visión Integral de la Seguridad Social. Bogotá: Ediciones Proa Ltda.; 1988.
2. Rodríguez OS. La difícil consolidación de un Estado de bienestar. Desarrollo Económico y Social en el siglo XX.. Cátedra Manuel Ancizar. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2001.
3. Rosavallón P. La Nueva Cuestión Social. Buenos Aires: Editorial Manantial; 1975.
4. Rosanvallon. P. La crise de l'Etat Providence. París: Editions du Seuil; 1981 pág 8.
5. Castaño RA. Medicina, Ética y Reformas a la Salud. Bogotá: Fundación Creer; 1999.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo-2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra; 2000.
7. Ministerio de Salud. La Reforma a la Seguridad Social en Salud. 1ª. Edición. Tomo 1 Libro Cuarto. Santa fe de Bogotá: Editorial Carrera Séptima Ltda.; 1994. .
8. Daniels N. Herramientas para orientar la distribución de recursos Seminario Internacional Ética y Reforma a la Salud. Ministerio de Salud; 1999.
9. Calderón LG. Ética y Reforma a la Salud. Seminario Internacional Ética y Reforma a la Salud. Ministerio de Salud; 1999.
10. Ministerio de Salud. La Reforma a la Seguridad Social. Tomo 1: Antecedentes y resultados. p. 87.
11. Acuerdos Nos. 23 de 1995, 49 de 1996, 62 y 72 de 1997, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud .
12. Acuerdo No. 119 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; 1998.
13. Informes del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud al Congreso de la República; Julio de 2000 y Julio de 2001.
14. Sen A. Nuevo Examen de la Desigualdad. Madrid: Alianza Editorial; 1995.