

SERVICIOS DE SALUD PARA LOS POBRES

2007

Colombia

Uso de un sistema de comprobación indirecta de los medios económicos para ampliar el seguro médico para los pobres

Las personas pobres de Colombia ya pueden evitar que el padecer una enfermedad grave los conduzca a una catástrofe financiera. La profunda reforma del sector de salud realizada en 1993 extendió el seguro médico a personas que nunca habían estado cubiertas. Para ello se utilizó un instrumento de comprobación indirecta de los medios económicos, conocido como Sistema de Selección de los Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN), para evaluar las condiciones de vida de distintas familias a fin de focalizar a las personas pobres.

Un sistema de salud anterior a 1993 basado en mitos

Antes de la reforma de 1993, aunque el Ministerio de Salud era, por mandato constitucional, el responsable de proporcionar atención sanitaria a todos los colombianos, la ineficiencia, los subsidios públicos mal dirigidos y los mercados fragmentados eran problemas endémicos. En realidad, tan sólo uno de cada cinco colombianos estaba protegido contra el riesgo financiero que suponía una enfermedad grave, y sólo los que estaban en mejor situación económica podían adherir a los planes de protección social o sufragar los costos de la atención médica.

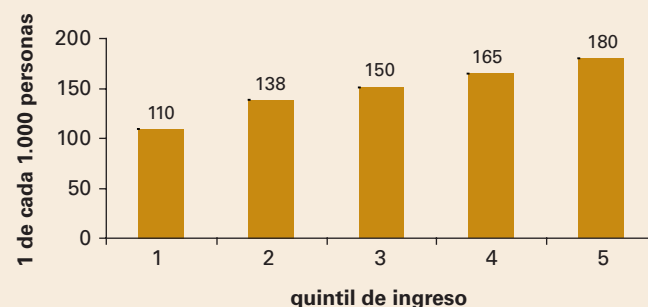
El sistema inestable de salud de Colombia se basaba en mitos. Los encargados de la formulación de políticas creían que los servicios de salud pública del país estaban orientados hacia los pobres; que eran gratuitos para todos, especialmente para esos destinatarios, y que las personas pobres no tenían que recurrir a la atención médica prestada por proveedores privados. Con los fondos públicos de la Tesorería, provenientes de la tributación general, se mantenía una

amplia red de hospitales y dispensarios. De hecho, una parte importante de la atención médica se financiaba con el gasto directo de los hogares y el resto, con planes insuficientes e ineficaces de protección social. Frente a la enfermedad los pobres tenían tres opciones: i) procurar recibir tratamiento en los servicios de salud pública; ii) pagar a proveedores privados, o iii) no recibir atención médica. Abandonados a la autoasistencia como último recurso, las personas pobres y menos instruidas corrían más riesgo que los que se encontraban en mejor situación económica, debido a que en Colombia el control de calidad del mercado farmacéutico es poco estricto y los medicamentos se pueden comprar sin receta.

Diferencias entre ricos y pobres

Antes de la reforma de 1993, los costos eran el principal obstáculo para acceder a la atención médica (Gráfico 1). En el

Gráfico 1. Personas que tuvieron una consulta médica en el mes anterior a la entrevista



Fuente: Escobar, 2005



grupo más pobre, el quintil 1, tan sólo una de cada seis personas que se enfermaron en 1992 procuró obtener atención médica. Los pobres tenían menos acceso que los ricos a la atención médica, pagaban directamente los servicios privados y de salud pública, y pagaban proporcionalmente una parte mayor de sus ingresos por los servicios que recibían.

Con la red de prestación de servicios públicos de salud no se lograba atender bien a los pobres, y las personas empobrecidas que se enfermaban terminaban con elevados costos médicos y la probabilidad de caer en la indigencia y no poder salir de ella.

Antes de la reforma de 1993, el sistema de salud de Colombia asignaba los subsidios públicos directamente a los hospitales y no a los usuarios. De los pacientes tratados en hospitales públicos, sólo el 20% pertenecía al grupo de bajos ingresos y casi el 60% a los grupos de medianos y altos ingresos (Gráfico 2). En 1992, el 12% de las hospitalizaciones y el 20% del total de cirugías registradas en el sector público fueron de pacientes pertenecientes al 20% más rico de la población. Por consiguiente, las personas de medianos y altos ingresos, que podían costearse hospitales y servicios médicos privados, desplazaban a los pobres en el uso de los servicios públicos. Aún más importante es que los pobres que pudieron utilizar los servicios de hospitales públicos pagaron gastos directos con más frecuencia que los pacientes de medianos y altos ingresos, que solían estar cubiertos por un seguro privado. Los pobres casi nunca recibían asistencia gratuita en los hospitales públicos. De hecho, el 91% de los pacientes más pobres hospitalizados incurrió en gastos directos, frente a sólo el 69% de los que integraban el quintil más rico.

Antes de la reforma, se registraba una participación importante del sector privado tanto en el financiamiento como en la prestación de servicios de salud. Según la

Encuesta Nacional de Hogares de 1992, el 40% del total de intervenciones sanitarias y el 45% de todas las hospitalizaciones se registraron en el sector privado. En ese momento, sólo el 20% de la población colombiana tenía seguro médico.

La reforma de 1993 del sector de salud

Por la Ley 100 de 1993 se dispuso la creación de un nuevo sistema nacional de salud con cobertura universal de seguro médico y se reorganizó el financiamiento y la prestación de servicios. En adelante, los subsidios públicos se otorgarían directamente a las personas y no a las instituciones.

La reforma introdujo cuatro elementos esenciales para llegar a los pobres:

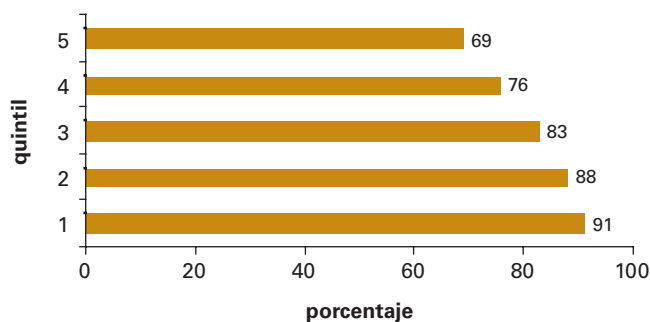
- Un índice de comprobación indirecta de los medios económicos para orientar los subsidios de salud pública a los más necesitados (SISBEN, Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales, Núñez 2004).
- La transformación de los tradicionales subsidios a la oferta, que financian la red de salud pública, en subsidios a la demanda, que subvencionan primas de seguro individual de los pobres.
- Un fondo de capital, en el que recursos provenientes de aportes y de la Tesorería brindan un subsidio cruzado a las primas de seguro de los pobres.
- La contratación de la prestación pública y privada de servicios de salud.

El nuevo sistema consiste en un plan de cobertura universal de seguro médico con dos regímenes:

- El régimen contributivo que cubre a las personas que trabajan en el sector formal de la economía y a los trabajadores independientes que aportan al plan. Los aportes los cobra el asegurador de su elección.
- El régimen subsidiado que cubre a las personas pobres e indigentes que no pueden pagar ninguna prima de seguro.

El SISBEN es un sistema de utilización general para seleccionar a los beneficiarios de los programas sociales de Colombia. Utiliza un índice derivado estadísticamente de comprobación indirecta de los medios económicos, que sirve de indicador del bienestar económico de los hogares. Las varia-

Gráfico 2. Población que pagó gastos hospitalarios en instituciones públicas por nivel de ingresos. Antes de la Ley 100/93—CASEN 1993



bles que determinan el bienestar son las siguientes: disponibilidad y calidad de vivienda y servicios públicos básicos, posesión de bienes no perecederos, dotación de capital humano e ingresos corrientes (esta última variable se excluyó del nuevo índice SISBEN revisado debido a su escasa confiabilidad y su falta de poder de predicción, como puede verse en la Sección 7). El sistema comprende un conjunto de normas y procedimientos, definido a nivel central y aplicado a nivel municipal, destinado a reunir la información necesaria para calcular el índice de bienestar y seleccionar a los beneficiarios de los numerosos programas sociales. El Régimen Subsidiado de Seguridad Social es uno de los programas en los que la incidencia de los beneficios ha sido mayor para los destinatarios del SISBEN, que a fines de 2002 estaba ayudado a más de 11,4 millones de personas pobres y vulnerables.

Los aportes van a un fondo nacional de salud (Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA) que tiene cuatro cuentas separadas. Con el fondo se financian primas de seguro para todos los afiliados al régimen contributivo. En el proceso de subsidios cruzados entre el régimen contributivo y el subsidiado, una parte de los aportes se destina a financiar el régimen subsidiado junto con transferencias de la Tesorería a los territorios. A quienes reúnen las condiciones para inscribirse en el régimen subsidiado, pero que aún no están asegurados, se los denomina “vinculados” y deben acudir a los hospitales públicos para recibir asistencia.

Todo asegurado puede elegir a su asegurador y consultar a cualquier proveedor de la red de ese asegurador. En ambos regímenes existe un conjunto de beneficios básicos, pero el Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo abarca a todos los niveles de atención, mientras que el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado debe complementarse con servicios prestados en hospitales públicos y financiados mediante subsidios tradicionales a la oferta. En virtud de la Ley 100, esos subsidios a la oferta se transformaron en subsidios a la demanda a fin de lograr la cobertura universal de seguro con el mismo Plan Obligatorio de Salud en los dos regímenes.

Si bien a Colombia aún le quedan desafíos importantes por encarar para ampliar la cobertura de seguro a todos los pobres, mejorar la calidad de los servicios y proporcionar un plan más completo de beneficios a los pobres, cabe mencionar algunos logros importantes.

Los resultados

Con el SISBEN se ha creado un mecanismo técnico, objetivo, equitativo y uniforme para seleccionar a los beneficia-

rios del gasto social, para su uso por todos los niveles de gobierno. Los solicitantes para participar en programas sociales se clasifican así de manera rápida, uniforme y equitativa. Gracias al SISBEN se fortaleció el desarrollo institucional de los municipios al establecerse un sistema moderno de información social, y se reforzó la coordinación interinstitucional dentro de los municipios a fin de aumentar el impacto del gasto social. Se evitó la duplicación de esfuerzos, para concentrarlos en los más pobres. Se prepararon diagnósticos socioeconómicos de los pobres a fin de preparar mejor los programas de seguro para ellos, y se facilitó el logro de los objetivos de focalización en los diversos niveles de gobierno.

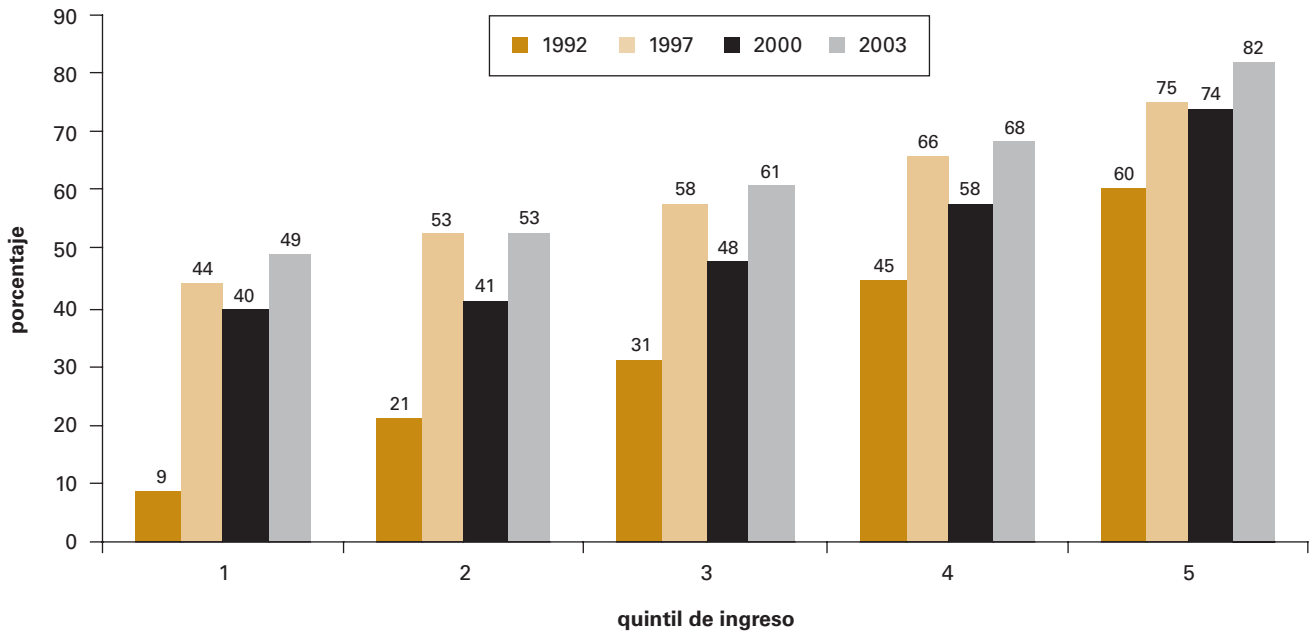
Gracias a la reforma aumentaron las oportunidades de acceso de los pobres a la atención médica. Sin embargo, se mantuvieron las diferencias entre los asegurados y los no asegurados. Tanto en las zonas urbanas como en las rurales, los primeros seguían recibiendo tratamiento con más frecuencia que los segundos, y también haciendo más uso de los servicios de atención preventiva.

La reforma de 1993 aumentó la protección financiera para toda la población, pero especialmente para los pobres y los habitantes de las zonas rurales. Antes de 1993, el 23% de los colombianos estaba protegido financieramente frente al riesgo de problemas graves de salud. Diez años después, el 62% de la población tenía acceso a seguro médico, lo que constituye un cambio notable en comparación con todos los países de América Latina que tienen sistemas de salud similares al que tenía Colombia antes de 1993.

En virtud de la reforma aumentó la equidad, al introducirse instrumentos de protección financiera para los pobres que antes sólo estaban disponibles para los empleados en el sector formal y los que se encontraban en mejor situación económica (Gráfico 3). La cobertura de seguro en el grupo más rico aumentó moderadamente con la reforma, del 60% en 1992 al 82% en 2003, mientras que la cobertura de seguro en el grupo más pobre pasó del 9% en 1992 al 49% en 2003. Con la introducción del régimen subsidiado de seguro, el acceso al seguro médico se desvinculó de los ingresos y el empleo en el sector formal.

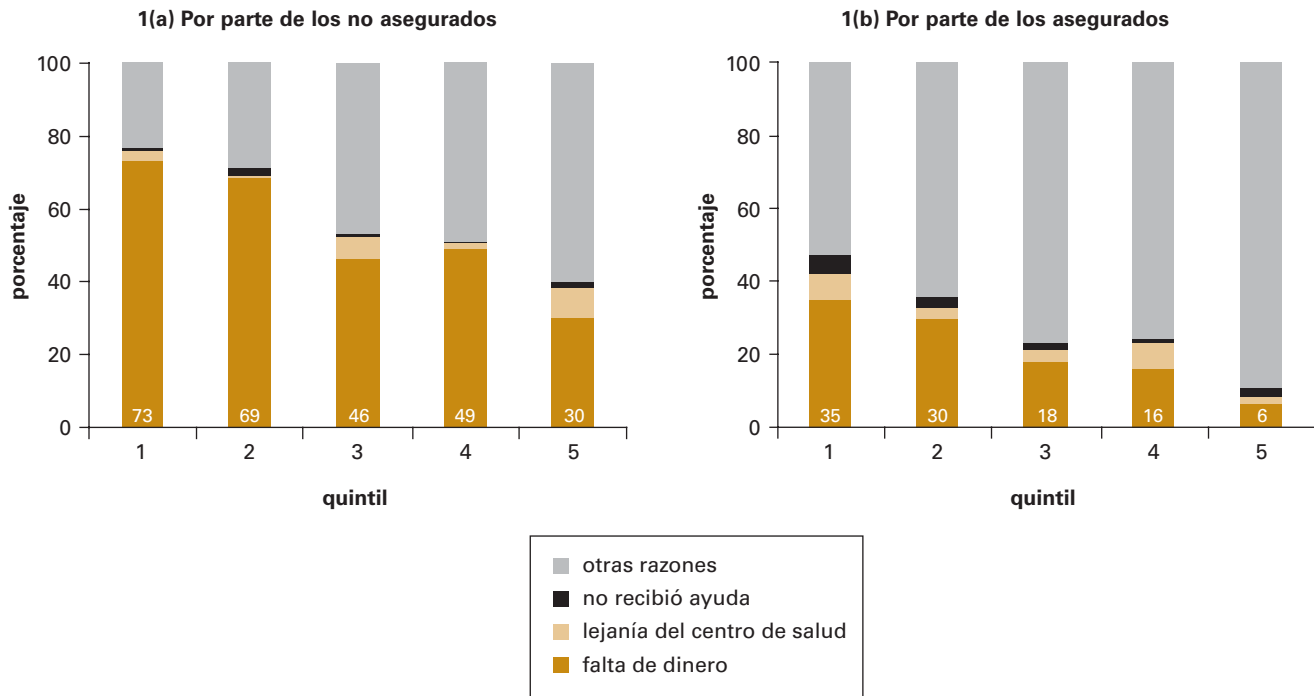
La reforma redujo los obstáculos económicos al uso de los servicios de atención sanitaria por parte de todos los grupos de ingreso, pero especialmente de los pobres. La falta de dinero continuó siendo la razón más invocada por los pobres, tanto asegurados como no asegurados, para no procurarse atención médica (Gráficos 4a y 4b). Para la población más pobre no asegurada el obstáculo económico para

Gráfico 3. Población asegurada, por nivel de ingresos



Fuente: Escobar, 2005

Gráfico 4. Razones por las que no se procuró atención médica, 2003



Fuente: Escobar 2005

acceder a la atención sanitaria era con creces dos veces mayor que para los asegurados del mismo grupo.

El gasto en atención médica calculado como porcentaje de los ingresos es mucho mayor en el caso de los no asegurados que en el de las personas afiliadas a los regímenes contributivo o subsidiado. Gracias al seguro formal, en Colombia se redujeron entre 50% y 60% los gastos directos en atención ambulatoria. Los pobres afiliados al régimen subsidiado gastaron alrededor del 4% de sus ingresos en atención ambulatoria, pero los pobres no asegurados gastaron más del 8%. En 2003, los gastos directos en hospitalización de los pobres no asegurados absorbieron más del 35% de sus ingresos. Las personas pobres afiliadas al régimen contributivo gastaron en atención hospitalaria una proporción menor de sus ingresos que los pobres afiliados al régimen subsidiado. Sin embargo, los problemas de salud que requirieron hospitalización llevaron a que el 14% de los hospitalizados y no asegurados pasasen a vivir por debajo del umbral de la pobreza, mientras que esto sólo le ocurrió al 4% de los hospitalizados cubiertos por el régimen subsidiado (Cuadro 1).

La introducción del seguro médico permitió el aumento del acceso a la atención preventiva. Mientras que en 2003, el 65% de los asegurados visitó a un médico o dentista al menos una vez con fines preventivos sin estar enfermo, sólo el 35% de los no asegurados recurrió a la atención preventiva.

En las reglamentaciones se estableció la prioridad de los niños, madres solteras, ancianos, minusválidos y los que padecen enfermedades crónicas en el acceso a la afiliación al seguro del régimen subsidiado. Empíricamente, el estado de salud de los pobres y asegurados era peor que el de los pobres no asegurados, lo cual podría confundirse con una selección adversa. Sin embargo, en realidad las personas no decidían cuándo afiliarse al régimen subsidiado debido a que la extensión anual de la cobertura dependía de la disponibilidad de recursos financieros.

No existían datos longitudinales que permitieran comprobar si el acceso al seguro médico por parte de los pobres afectó su estado general de salud. Sin embargo, se pudo inferir alguna información a partir de datos sobre mortalidad infantil, partos en centros de salud y atención prenatal.

En concordancia con lo observado en otros países, los colombianos asegurados procuraron recibir atención médica con más frecuencia y rapidez que los no asegurados. Ello fue especialmente importante en el caso de los partos y la salud materno-infantil. Se observaron tasas más bajas de mortalidad infantil en los hijos de mujeres que tuvieron acceso a asistencia médica durante el embarazo, hacían uso de la atención prenatal y tuvieron partos asistidos por personal médico. Las encuestas de demografía y salud de Colombia revelaron un gran aumento del acceso a esos servicios, especialmente en las zonas rurales. Según dichas encuestas de 1986, 1990, 1995 y 2000, se registraron aumentos en las siguientes esferas: partos asistidos por médicos: 66%; partos en centros de salud: 18%, y uso de atención prenatal por parte de las mujeres de zonas rurales: 49%. En los cambios posteriores a 1993 influyó el aumento del acceso de los asegurados a los servicios de atención médica.

La encuesta de demografía y salud de 2000 reveló que el acceso a la atención prenatal y a tener partos en centros de salud contribuye a reducir la mortalidad infantil. El Gráfico 5 muestra una diferencia sorprendente entre las tasas de mortalidad infantil de hijos de madres que tuvieron acceso a atención prenatal y a tener sus partos en un centro de salud y las tasas correspondientes a los hijos de madres que no tuvieron acceso a dichos servicios.

Desafíos por superar

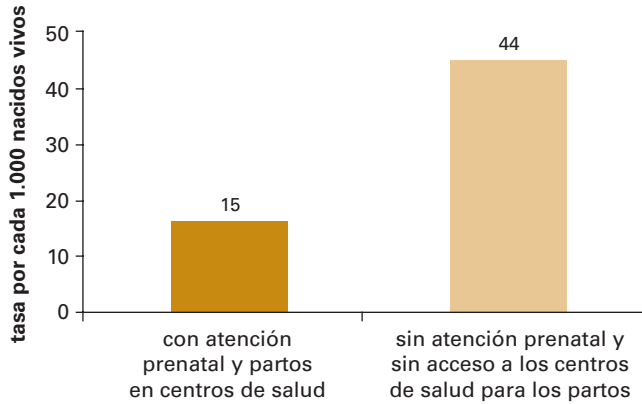
A pesar de los resultados positivos, el sistema colombiano de seguro social ha sido objeto de críticas por no haber alcanzado la cobertura universal y por financiar un conjunto de

Cuadro 1. Personas que pasaron a vivir por debajo del umbral de pobreza y de indigencia por un problema grave de salud (porcentaje)

Problema de salud	No asegurados		Asegurados por el régimen subsidiado	
	Pobreza	Subsistencia	Pobreza	Subsistencia
Atención ambulatoria	5	6	4,1	3
Hospitalización	14	18	4,2	11

Fuente: Escobar, 2005

Gráfico 5. Impacto de los partos en centros de salud y la atención prenatal en la tasa de mortalidad infantil



Fuente: Escobar, 2005

beneficios para los pobres (régimen subsidiado) menos completo que el de los que se encuentran en mejor situación económica (régimen contributivo). Por desacelerar la ampliación del conjunto de beneficios del régimen subsidiado, también se

ha criticado la transformación más lenta de lo previsto de los subsidios a la oferta, con que se financian los hospitales públicos, en subsidios a la demanda para financiar el seguro médico de los pobres.

Han fracasado varios intentos por introducir legislación para cambiar el sistema actual de salud por el sistema público y de prestación público existente en 1992. Sin embargo, a Colombia aún le quedan muchos desafíos por superar para terminar de consolidar el plan de seguro social, no sólo para cubrir a toda la población, sino también para aumentar la eficiencia y mejorar la calidad de la atención sanitaria. Desde los puntos de vista político, administrativo y técnico, el proceso de cambio al nuevo sistema de seguro ha sido difícil. El proceso de descentralización iniciado a principios de los años noventa acarreó tanto ventajas como desventajas para la introducción de la reforma de 1993 del sistema de salud.

Esta sinopsis tiene por objeto resumir las prácticas recomendadas en materia de salud, nutrición y población. Fue compilada del trabajo de María Luisa Escobar, "Health Sector Reform in Colombia", *Development Outreach* 7 (2 de mayo de 2005), 6-9 y 22. Las opiniones expresadas en esta nota no representan necesariamente la posición del Banco Mundial.

