

**DETERMINAR LAS IMPLICACIONES
OPERATIVAS, FINANCIERAS Y NORMATIVAS
DE UNA EVENTUAL UNIFICACIÓN DE LOS
REGÍMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO
DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD
SOCIAL EN SALUD**

INFORME FINAL

Documento Técnico ISP/DT No.1791 - 2017

Bogotá, junio de 2017

Proyecto

Determinar las implicaciones operativas,
financieras y normativas de una eventual
unificación de los regímenes Contributivo y
Subsidiado del Sistema General de Seguridad
Social en Salud

Coordinador del Proyecto

Rolando Enrique Peñaloza

Autora

Stephanie Puerto García ⁽¹⁾

¹ Profesora Investigadora, Pontificia Universidad Javeriana.

TABLA DE CONTENIDO

1	<u>INTRODUCCIÓN</u>	4
2	<u>METODOLOGÍA</u>	5
3	<u>SOCIALIZACIÓN</u>	6
3.1	CONTEXTO	6
3.2	ASEGURAMIENTO: AFILIACIÓN Y FINANCIAMIENTO	7
3.3	CONTRATACIÓN	14
3.4	LICENCIAS DE MATERNIDAD	14
4	<u>ANEXO 1</u>	17

1 INTRODUCCIÓN

El estudio “Determinar las implicaciones operativas, financieras y normativas de una eventual unificación de los regímenes Contributivo y Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud” fue financiado por la Secretaría de Asuntos Económicos (SECO) del Gobierno de Suiza y el Gobierno Colombiano suscribieron un Acuerdo de Cooperación enfocado en Asistencia Técnica (CT) en Junio de 2013, con el propósito de desarrollar el Proyecto de Fortalecimiento de la Gestión de las Finanzas Públicas en Colombia (PFM) que busca “contribuir con el logro del objetivo fundamental del Gobierno de Colombia de generar condiciones económicas para reducir la pobreza, aumentar el empleo y mejorar la seguridad de todos los colombianos”².

Bajo este escenario la Dirección General de Regulación Económica de la Seguridad Social (DGRESS) del Ministerio de Hacienda y Crédito Público “considera necesario revisar los elementos que den el panorama sobre los cuales podría haber alguna intervención para la gestión del gasto en salud pública. De esta forma, se llevó a cabo una reunión con la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud (DRBCTAS) y la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) con el fin de identificar los elementos constitutivos del proyecto. Como consecuencia, de acuerdo con los compromisos alcanzados con el MSPS, la DGRESS plantea como un elemento prioritario, respecto al Plan de Beneficios de Salud que existirá en el país, analizar las implicaciones operativas que la eventual unificación de los pools de riesgo de los regímenes contributivo y subsidiado implica, a nivel nacional y territorial”³.

Con este estudio se busca conocer ¿Cómo se podría poner en operación la unificación de los regímenes? ¿Cómo se afectan o deben ajustarse los diferentes actores del sistema de seguridad social en salud? ¿Cómo se modifica la oferta de servicios de salud y el origen de los recursos del Sistema? Y ¿Cuáles serían las implicaciones operativas, financieras y normativas?⁴.

² TÉRMINOS DE REFERENCIA. PFM-2015-1.1: Modelo Operativo para la Unificación de Regímenes Contributivo y Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (2015).

³ Ibídem.

⁴ Ibídem.

2 METODOLOGÍA

Después de un año y nueve meses de ejecución del proyecto, se convocan a los principales agentes institucionales del Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Nacional de Planeación-DNP e Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS para compartir los principales hallazgos y conocer sus percepciones y posiciones ante el diseño planteado en la consultoría. Para ello, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público convocó su participación el día miércoles 21 de junio del año 2017 en las instalaciones del Ministerio de Salud. En la socialización de los resultados participaron funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social como: Carmen Eugenia Dávila, Viceministra de Protección Social; Félix Regulo Nates, Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud; Diana Cardenas, Directora de Financiamiento Sectorial; y Blanca C. Vivi Q., Contratista; del Departamento Nacional de Planeación asistió Carolina Suárez, Subdirectora técnica; del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS acudió Aurelio Mejía, asesor.

Del equipo contratante de la consultoría asistieron Luisa F. Cardozo, Seco; y Sonia Cancino de AECOM, representantes del Ministerio de Hacienda acudieron Jaime Abril y David Aguilar. Consultores del Instituto de Salud Pública: Julián González, Stephanie Puerto y Jaime Ramírez.

La socialización de la consultoría, se propone como un encuentro de convalidación de resultados, con metodología participativa, en el que los integrantes del público entran en diálogo directo con los resultados finales del estudio con el fin de contribuir en el hallazgo de nuevas conclusiones que permitan observar las recomendaciones que se deriven del estudio.

El objetivo principal de este documento reside en recapitular lo sucedido en el encuentro, haciendo énfasis en las observaciones, aportes y críticas del público. La idea de dar voz a los diferentes representantes de los agentes involucrados en el sistema va en concordancia con el enfoque del estudio.

La presentación de los resultados⁵ estuvo a cargo de Jaime Ramírez, quien abrió la presentación exponiendo un contexto marco a partir de la cual se dio inicio al estudio. Luego, procede a abordar los macro-procesos del diseño en los cuales, a medida que se exponen, los agentes institucionales van expresando sus opiniones y, en algunos casos, la viabilidad que ven sobre cada propuesta.

⁵ Para ver presentación remitirse al anexo 1 del presente documento.

3 SOCIALIZACIÓN

3.1 Contexto

Los hechos determinantes del camino hacia la convergencia de regímenes de salud se remontan a la Ley 100 de 1993, y sólo en los últimos 8 años se observan importantes avances del Ministerio de Salud y Protección Social en materia, al generar un ambiente de condiciones globales favorables para la unificación de regímenes, en el Subsidiado como en el Régimen Contributivo. Este último, con ajustes en una nueva forma de financiación, ahora bajo el esquema de la parafiscalidad modificada, la cual ha sido resultado del cambio en las fuentes de financiación, no sólo de tipo parafiscal, como estaba concebido el régimen desde un principio, ahora sumados recursos provenientes de la tributación.

Lo anterior lleva a pensar en posibles contrasentidos de la asignación del gasto público y principios como la focalización de la pobreza o el sano fomento a la creación de nuevos costos de trabajo y la eliminación de los aportes patronales en determinados tramos del ingreso que pueden, a la luz de la eficiencia macroeconómica, ser razonables. Esta tendencia hacia la universalización de la tributación, es decir, no hacia el mantenimiento de la parafiscalidad como criterio, sino la permanencia del proceso de la fiscalidad, es una trayectoria más progresista que incluso el subsidio de las cotizaciones porque es más fácil derivar reglas de aplicación universal bajo esquemas de igualdad por la vía de la tributación. Es por ello, que este elemento se constituye como el eje central de las propuestas planteadas en la consultoría "Determinar las implicaciones operativas, financieras y normativas de una eventual unificación de los regímenes Contributivo y Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud".

Hoy se vive una parafiscalidad modificada en el sistema de salud colombiano, debido a que gran parte de las cotizaciones son suplidas por un impuesto sustitutivo en la cotización como resultado de las reformas tributarias. El nuevo esquema de tributación es distinto al pactado en el mercado laboral marco de la Ley 100, en el cual las principales fuentes del Régimen Contributivo eran los aportes patronales y de los trabajadores. Este contexto abre caminos para aplicar mejor el principio de igualdad entre las poblaciones afiliadas al Sistema y permite la eliminación de la separación entre regímenes originada por la diversidad de fuentes.

Se puede inferir que los recursos parafiscales resultan muy útiles para las Cajas de Compensación, pero tal vez no para un sistema de salud con tantas fuentes combinadas y con una tendencia hacia una regla de tributación.

El Ministerio de Salud concuerda con que después de la creación del CREE y con la última reforma tributaria, la financiación del Sistema es cada vez más fiscal y enfocada en los impuestos generales, sin embargo afirman que dicho dinero debería

destinarse para el aseguramiento, según la norma, pues en la actualidad el dinero de estas fuentes no resulta suficiente para los gastos presentes del sector. Esta situación se torna cada vez más preocupante bajo la idea de un sistema con cobertura universal.

Ahora bien, el equipo del Ministerio de Salud también reflexiona sobre la verdadera necesidad del SISBEN como mecanismo de focalización en un escenario de universalización, consideran que como bien se ha pronunciado el DNP, estas dos ideas son incompatibles dependiendo el modo de financiación. Por ejemplo, bajo un esquema de impuestos generales, la focalización no sería necesaria en un sistema de cobertura universal y aluden que en términos de universalización el SGSSS no se encuentra financiado, un problema de índole fiscal.

En el presente, destacan la necesidad de recursos adicionales y su preocupación por la entrada en vigencia de la reforma tributaria que no sustituye las fuentes de cotización eliminadas en el pasado, quitándole al Sistema recursos ciertos y seguros que brindaban en cierta medida estabilidad financiera.

3.2 Aseguramiento: afiliación y financiamiento

El aseguramiento se define como la relación entre el sistema y los ciudadanos de carácter coercitivo y obligatorio. No se evidencia una relación directa de carácter económico o legal plenamente establecido de forma independiente entre los afiliados y los aseguradores. En cambio, sí existe una relación entre el FOSYGA y el asegurador mediante la UPC, que denota un arreglo de obligatoriedad en la cotización con base en los impuestos y no con base en la cobertura pagada por el riesgo. Esto constituye una regla de obligatoriedad convergente con un esquema de tributación conexo con el ingreso y no directamente con la cobertura.

En consecuencia, el hecho de fijar el ingreso mínimo de cotización, es más o menos equivalente a fijar lo que se llamaría la capacidad tributaria como lo hace el IVA, el cual no está condicionado por un ingreso mínimo de cotización o contribución, sino al nivel de consumo. En este sentido, el sector salud no partiría del concepto de la capacidad de tributación sino del concepto de asignación del gasto público.

El aseguramiento, entendido como una relación de coerción, y el subsidio como un mecanismo para facilitar el cumplimiento de la obligatoriedad. Es un arreglo entre el Estado y las personas, y no un arreglo entre el Estado y las aseguradoras. Entonces si una persona está en el sistema de focalización, cuando debería pertenecer al sistema de tributación, se mantiene en el sistema y se trata como un evasor, no como un elusor porque violenta la regla de la obligatoriedad del ingreso base de cotización. En este estudio, la unificación tiene como punto central el aseguramiento como una relación entre el individuo/ciudadano/persona y el sistema de salud

basado en una regla de obligatoriedad. Y en tal sentido, se constituye como un acuerdo político, coercitivo y no un acuerdo de mercado.

Bajo el esquema de impuestos generales el Ministerio de Salud cuestiona ¿cómo se puede controlar la evasión sin suspender el servicio? y ¿cómo se puede mantener el sistema sin que haya una obligatoriedad en la cotización? la respuesta a ello es que el pago de un impuesto general y la protección de los ciudadanos funcionarían en la misma lógica en la que un policía cuida a la población sin preguntarles si ya han pagado sus impuestos, ya que esta función seguirá siendo fiscalizada por la DIAN.

Ahora bien, en cuanto a los pagos mensuales de afiliación y las constantes moras provocadas principalmente por los trabajadores independientes, surgen desigualdades producto de sus contratos laborales que no garantizan pagos mes a mes, ni ingresos constantes.

Hay escenarios en los que el concepto de universalidad en el aseguramiento se ve truncado por la asociación directa entre el aseguramiento en salud y la relación labor del individuo. En primer lugar, se generan dificultades dependiendo el tipo de contrato, ya que el sistema exige un aporte mensual por cotización sobre un ingreso base mensual, sin embargo, los trabajadores independientes no tienen la seguridad de recibir ingresos mes a mes o de percibir un mínimo cada determinado periodo de tiempo. Esta situación ha generado moras en un monto de cotizaciones esperadas que no dejaran de estarlo dada la naturaleza del contrato y las condiciones del sistema

En segundo lugar, la universalidad se ve condicionada a la afiliación por regímenes. Por ejemplo, si una persona es independiente y gana un salario mínimo, debe cotizar el 12,5% al Sistema; mientras que si esta misma persona tiene un contrato laboral sólo debe cotizar el 4% de su salario mínimo; pero para esta misma persona, si su actividad laboral fuera informal es muy posible que la persona se considerara como pobre, y por el contrario, no tendría que pagar cotizaciones sino que recibiría un beneficio para afiliarse al SGSSS. Entonces sobre una misma clasificación de capacidad de pago basada en la formalidad y en el tipo de vinculación laboral, pueden estar operando tres reglas distintas de asignación de recursos. Hecho reforzado por la misma reforma tributaria con beneficios que favorecen solo a aquellos con un contrato formal y dependiente.

Lo más práctico para el Sistema y bajo la premisa de la convergencia hacia una estructura de financiación a partir de los impuestos generales, el funcionamiento debería basarse en esta única regla entre las personas y el sistema. En este sentido, no debería importar si el contrato es dependiente o interdependiente. Ante esto, un integrante del equipo del Ministerio de Salud reafirma que no se puede reducir la definición de formalidad a la condición de cotizar a la seguridad social.

El Instituto de Salud Pública retoma, diciendo que con lo anterior, vale la pena aclarar que la cotización seguirá siendo una fuente de recursos, probablemente en el largo plazo y con la tendencia del sistema hacia de financiación en la que predominan los impuestos sobre los parafiscales. En el momento, se considera que el ambiente político y fiscal no son favorables para hacer un cambio radical hacia la tributación general, sin embargo, la mancomunación de fuentes para garantizar condiciones de unificación, si es una solución viable que está cobrando vida en la nueva institución ADRES.

Y es necesaria, porque las distintas reglas de tributación, parafiscalidad y asignación del gasto público, suelen entrar en conflicto, como sucede en la hoy en día según afirma una persona del Ministerio de Salud. Se destaca que en el modelo, la consultoría no encontró una regla clara por la cual se haga la asignación del gasto público, cuyo único criterio siempre deben ser los niveles de pobreza y, a pesar de esto, en el sector salud se hacen por capacidad de pago, en lo concerniente a la disminución de los aportes patronales por la seguridad social de sus empleados que devengan menos de 10 salarios mínimos legales vigentes. Entonces esta forma de asignación de gasto público se ha justificado como un incentivo para la generación de empleo que la sociedad acepto como legal a través de la reforma tributaria. Lo realmente importante acá es la definición de una regla para la asignación del gasto público que se derive del marco fiscal y en el cual se haga explícito un rubro para la financiación de la salud.

Por su parte, los representantes del Ministerio de Salud cuestionan en cierta medida dicha postura al aludir la existencia de una regla de presupuestación del gasto y defienden que hay reglas muy claras para el financiamiento de algunos aspectos. Sin embargo, afirman la necesidad de una mayor afinación en el proceso real del presupuesto y aclaran que si se basa el aseguramiento en un acuerdo social y político, y no en la condición laboral, las reglas de fijación de gastos si deben cambiar y ser mucho más transparentes y democráticas. Reduciendo el desgaste del sistema entero en la negociación anual de los flujos de recursos para garantizar la financiación.

El Ministerio de Salud considera además que los actores del sector no se involucran lo necesario y, por ende, no hay una discusión previa sobre la planeación del gasto, lo anterior tiene sus repercusiones porque si se presupuesta menos, aumentan las deudas y luego se debe gestionar el dinero para pagar. Destacan la necesidad de una reflexión sobre este punto.

► **Parafiscalidad modificada**

El Ministerio de Salud desde su experiencia cree que es mejor tener fuentes de financiación específica en el sector, y aunque hay quienes no lo creen así porque consideran que el cierre hay que hacerlo y con los impuestos generales se puede

logar, se ha percibido que la experiencia no ha sido muy buena en términos de las inflexibilidades generadas, lo que ha conllevado a un déficit porque el cierre no está garantizado. Refieren una cifra mínima de cuatrocientos mil millones de pesos, en el escenario de diciembre, debido adicionalmente a los problemas de recaudo de algunas fuentes que fueron sobreestimadas, como por ejemplo el IVA del cual se destinaría medio punto a salud y medio punto a educación. Al momento de entregar los recursos, el sector educación recibió un 50% más de lo que le asignaron a salud, matemáticamente no se estaría hablando del mismo punto para salud y educación como lo expresa la Ley. Por ello, el Ministerio de Salud ve los parafiscales como la mejor opción para mantener un equilibrio en el sector, ya que por medio de ellos se garantiza el uso de la fuente. Reconocen que no es necesariamente la manera más eficiente, pero que si se debería trabajar en una regla de presupuesto más moderna y democrática.

El Ministerio de Salud considera que con los impuestos, el proceso mensual para pagar se ha complicado tanto para el Ministerio de Hacienda como para ellos. Por ello la preferencia por las fuentes parafiscales porque son fuentes de destinación específica que son seguras y facilitan un proceso transparente de planeación y ejecución dentro del Ministerio de Salud. Les preocupa cómo cada institución tiene una forma distinta de cálculo sobre un mismo impuesto, por ejemplo el IVA Social. La DIAN emite un valor, el Ministerio de Salud emite otro, pero al final debería ser un valor transparente para los agentes del sistema involucrados, mientras que si se tuviera una regla establecida para dicho calculo, sería más sencillo para todos conocer el valor final del impuesto.

El Ministerio de Salud continúa su intervención comentando que esta situación genera un desgaste adicional para el sector e incertidumbre para los actores, llevando a que nadie quiere firmar contratos a tarifas razonables porque siempre están intentando internalizar los costos que pueden generar esas incertidumbres dentro de las tarifas, y al final todos prefieren las urgencias para incluir en las tarifa el costo mayor del SOAT. *"Ese regateo que debe hacer el Ministerio de Salud constantemente, no lo percibe el ciudadano, pero se refleja en el sector".*

Uno de los miembros del Ministerio de Salud reflexiona y se pregunta ¿qué sector social tiene garantizado el recurso de acuerdo a una regla? Estamos viendo lo que pasa con educación, un sector que parece un barril sin fondo, siempre demandando más recursos y de alguna forma, se refleja una inestabilidad en las reglas para determinar el gasto. Comentan que tal vez al sector Educación le hizo falta una Ley 100. Otro de los miembros del Ministerio de Salud considera que los sectores de la salud y la educación deben recibir la atención que merecen, incluso mientras el país pretende ingresar al grupo de la OECD. El gasto en salud y educación son elementos fundamentales del acuerdo social, y debe tenerse en cuenta, más aún cuando el sector salud prácticamente alcanza una cobertura del 100%, hecho que presiona la discusión en comparación con otros sectores, porque aquí la cobertura ya no es un

pendiente. En salud, el nivel de cobertura es un logro en equidad y la lucha ahora estará determinada por garantizar un aseguramiento equitativo para todos con reglas legítimas, ¿Cuánto me cuesta? ¿Cómo lo financiamos? Lo que hace falta en el sistema es madurez fiscal e intersectorial.

El equipo del Ministerio de Salud también resalta la necesidad de ciclos de flujos de recursos del sector salud mensualizados o incluso más cortos, como la compensación semanal, antes mensual, en el Régimen Contributivo. Cortos ciclos demandan flujos permanentes. Por ello, para el Ministerio de Salud es complejo estar sujeto al recaudo de impuestos, dificultando la operación para la nación, situación que se facilita con los parafiscales de periodicidad mensuales.

Dentro del ejercicio de presupuestación anual, el Ministerio de Salud también expresa su preocupación, ya que el Ministerio de Hacienda la hace sobre la inflación anual pero en el sector salud hay un flujo diario de recursos por lo que la medida anual es insuficiente y poco precisa. De igual manera, las condiciones han cambiado tanto que ahora desde el primer día del mes el Ministerio de Salud debe preocuparse por el recaudo de los impuestos, y deben empezar a buscar formas para cubrir la mensualidad o semana que deben pagar, la temporalidad no es anual como se cree.

Sectorialmente es importante estabilizar en el mediano plazo las reglas de gasto en el sistema, reconoce el Ministerio de Salud. El plan de beneficios, implica que se tienen unas reglas claras para proyectar el gasto en el mediano plazo, y no se sabe con certeza si hay un compromiso con alguna proporción del PIB en el gasto. Ahora bien, si periódicamente se incluyen servicios de cuidado y recobros, y así año a año, va a ser muy difícil saber cuánto se va a requerir porque siempre hay una necesidad de cumplimiento judicial adicional demandada por la Corte.

► **ADRES**

El Instituto de Salud Pública define en el estudio a ADRES como una especie de tesorería general de segundo piso del sector, desde el contexto del recaudo. Debe recaudar fuentes que ya son recaudadas por instituciones y no por contribuyentes directamente, y eso hace que la estructura de ADRES sea aún más exigente. No se hace referencia al ejercicio que heroicamente hizo el FOSYGA, porque estaba acompañado de una fiducia. De hecho es una misión más compleja que antes.

El equipo del Ministerio de Salud afirma ver la transición de FOSYGA a ADRES de una manera distinta. Lo describe de la siguiente manera. El FOSYGA es un administrador fiduciario encargado de procesos misionales como la compensación y procesos tecnológicos, donde esta entidad no solo se encarga de la gestión de recaudo y pagos, sino también de la administración de un portafolio que ya en este momento no existe. Asimismo, se puede describir al FOSYGA como una dirección de administración de fondos, centralizando un componente técnico de ejecución de

los procesos y ordenación del gasto en el Ministerio de Salud. Entonces el FOSYGA no es solo una administración fiduciaria. Concluyen afirmando que ADRES es respuesta a una necesidad, el portafolio del FOSYGA se ha reducido tanto que nadie está interesado en encargarse de su manejo, por lo que ADRES es el resultado de esta circunstancia y el requerimiento de un responsable frente al tema.

Ahora bien, el Instituto de Salud Pública además vislumbra una tendencia del Ministerio de Salud por encargarse progresivamente de aquello que los agentes no hacen del todo bien. Por ejemplo, si no se les paga a los hospitales, nace una contingencia y resulta el giro directo. No obstante, el giro directo lo que hace es reemplazar las funciones del asegurador y generar procesos adicionales. De la misma forma ocurre con la baja rentabilidad y el aumento de los agentes. Al final de cuentas, ADRES y la función de financiamiento, empiezan en cierta forma a ser un mecanismo de sustitución de la función de aseguramiento, observándolo en retrospectiva pesimista.

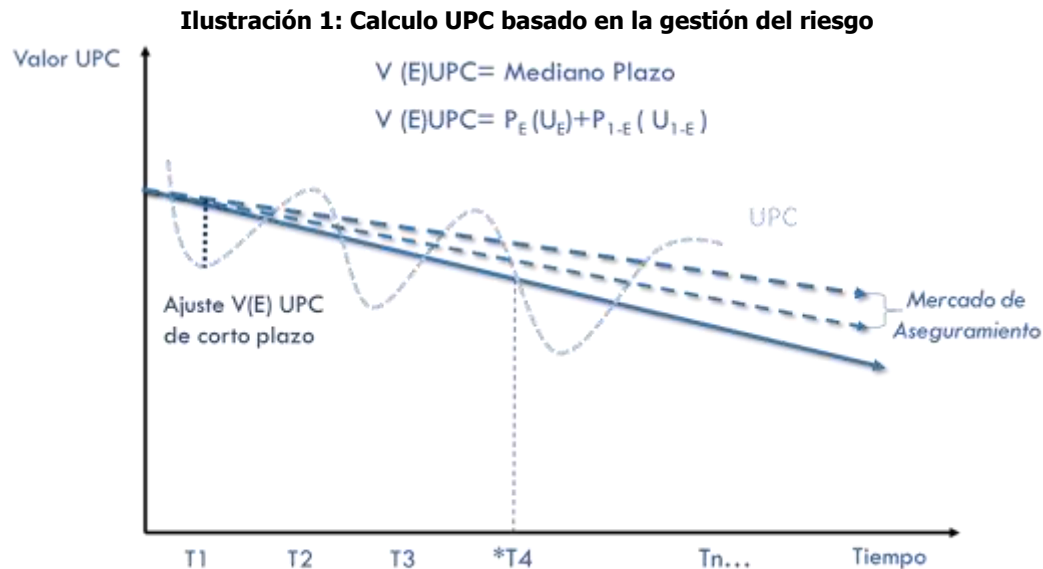
Dando continuidad a la idea anterior, la función de aseguramiento es como una hermana gemela del financiamiento, aseguramiento y ADRES. Es decir, ADRES va a garantizar las condiciones iniciales del funcionamiento del seguro porque aquí es donde se concentra la plata y, en conclusión, los afiliados. Y al concentrar la plata y los afiliados, es como tener una aseguradora en distancia. Entonces visto de esa manera, la función de ADRES es una función súper estratégica para las posibles contingencias que se puedan presentar en el sector. Asimismo, al tener una estructura propia, con unos procesos bien estructurados, va recogiendo una experiencia que debería generarles cierta confianza a los involucrados. Los agentes, por su parte, deben ser llamados al pacto de legitimar en conjunto la nueva institución como un desarrollo necesario para la garantía de la estabilidad global del sistema en la medida de que muchas reglas están cambiando en términos de financiamiento, en especial para los agentes aseguradores.

Enseguida, el Ministerio de Salud afirma que para cualquier escenario de unificación es necesario un proceso de reorganización institucional y salvamento. Inicialmente no se tenía, pero se creó la quinta cuenta del FOSYGA como una medida de protección financiera, esta cuenta prevalecerá en ADRES con los mecanismos actuales de funcionamiento. De hecho, también está considerada la oportunidad de hacer de manera autónoma operaciones de crédito, hacen falta desarrollos, pero son necesarios en la medida que el sector necesita instrumentos financieros. Como las compras de cartera que se han hecho con la EPS Sabia o los préstamos solicitados a Findeter.

El Instituto de Salud Pública de la Javeriana pregunta si no es suficiente con la administración de los recursos, a lo que el Ministerio de Salud responde diciendo que no es suficiente si se pretenden igualar las condiciones financieras de los actores.

➤ UPC

Se propone avanzar en una nueva metodología que permita calcular una UPC para el Sistema y la conformación de un único pool de riesgo con los afiliados al sistema de salud colombiano.



Fuente: Elaboración propia.

Para la metodología de cálculo de la UPC basada en un pool único de riesgos, se toma como referencia la población total, y se busca valorar el riesgo global e individual. El riesgo global se asocia con la sostenibilidad financiera del sistema y el individual con el pago a los agentes. Entonces el principal objetivo de esta propuesta es cómo hallar la UPC meta. En un marco de expectativas de mediano plazo del valor de la UPC, con metas a un periodo de cuatro años, lo que dura un gobierno, la unidad de gestión debe tener cierta estabilidad, contemplando también los cambios de Ministros, noticias que introducen mucha incertidumbre en el Sistema. Una pregunta adicional es ¿cómo calcular un valor global que me permita obtener una meta? y ¿cómo regular la obtención de la meta? Es decir, se establece la meta como se hace con la meta de la inflación y se valoran sus desviaciones. Estas desviaciones que operan pueden ser interanuales o intersemestrales, frente a ellas habrá mecanismos de ajustes de carácter regulatorio para lograr una mayor cercanía a la meta. Este ejercicio resulta útil en la medida que permite hacer proyecciones hasta de 4 años, y no sólo a 1 año como se viene haciendo.

El Ministerio de Salud responde ante esta propuesta que han venido trabajando en este tema pero que es un proceso que no se puede hacer de inmediato, ya que las poblaciones aún no se encuentran totalmente mezcladas, así como el micro-mercado

no es suficiente a la fecha. Inclusive se han cuestionado en conjunto con la Superintendencia de Industria y Comercio si hay dos mercados relevantes o sólo uno, a lo que ellos responden que la convergencia es hacia un solo mercado, regido por los mismos derechos, con movilidad y reglas similares, incluso en el flujo de recursos. Cada vez se converge aún más a la unificación.

Por su parte el Instituto de Salud Pública apoya el planteamiento del Ministerio de Salud al decir que el mercado es uno sólo, porque la regla es entre el agente asegurador y el financiamiento, y no una regla entre el agente asegurador y cada filial, es decir, una sola regla válida para dos regímenes con las mismas fuentes de financiamiento.

3.3 Contratación

En contratación se tienen dos escenarios. Uno de ellos propone reducir los porcentajes de obligatoriedad, y su aplicación para primer y segundo nivel.

Ante esto el Ministerio de Salud responde que si se quita la regla del 60%, inicialmente planteada para dar sostenibilidad a los hospitales, con mayor rapidez de la esperada, se acabarían las discusiones alrededor de las diferencias entre un régimen y otro. Reconocen que como Ministerio en un principio no concebían el subsidio a la oferta, pero que fue el mismo Ministro Alejandro Gaviria cuando tomo posesión quien fue enfático en mantener el subsidio a la oferta en las zonas del país donde sea necesario, aunque varias personas estén en desacuerdo. Por ello, hay que mantener la Ley 1797 en la medida que posibilita y subsidia la oferta con los recursos disponibles.

3.4 Licencias de maternidad

Las licencias de maternidad y las incapacidades constituyen uno de los principales elementos que generan desigualdades entre y dentro de los regímenes. Entre los regímenes porque sólo si se pertenece al Régimen Contributivo se puede ser beneficiario y dentro, porque particularmente en el Régimen Contributivo quien se beneficia únicamente es la persona que aporta y la problemática se traslada a los beneficiarios, ya que esta población no tiene derecho a este tipo de beneficios así dependan de un cotizante.

Para entender mejor la propuesta, se explica la definición de incapacidad por enfermedad general, entendida como el periodo de descanso, en términos laborales, que necesita una persona para recuperar la salud. No se puede concebir entonces como una regla que nace de un arreglo financiero sino que nace de una contingencia producto de una enfermedad. Es así como las personas que eventualmente padezcan alguna enfermedad estarán en un estado de vulnerabilidad, y dado el costo de oportunidad que representa trabajar versus de

cuidar su salud, sino cuentan con el beneficio es muy probable que empeoren las circunstancias de salud debido a no poder guardar el reposo necesario para la atención de su condición. Por lo anterior, no puede ser vista como una regla que surja de un acuerdo financiero, sino que se origina como una contingencia resultado de la enfermedad.

Aunque se reconocen el presente contexto del sistema, el equipo consultor considera que hay unas consideraciones en términos de salud muy altas, traducido en importantes riesgos para la población que está recibiendo el siguiente mensaje: cada vez que este incapacitado, debe ir a trabajar. Lo que en el mediano plazo se puede traducir con peores condiciones de salud y costos más elevados en el mediano plazo.

Ante esta propuesta el DNP reacciona afirmando que las licencias de maternidad y las incapacidades responden al derecho a algo más de los afiliados que cotizan al Sistema, dado que el financiamiento de estas prestaciones está siendo financiado en parte por el porcentaje del aporte de sus salarios.

No obstante, una integrante del Ministerio de Salud piensa que estos beneficios deberían sacarse del sistema de salud o convertirse en una especie de cuarto pilar en el aseguramiento, financiado por el empleado y el empleador, mediante un acuerdo social, hecho que podría abrir la opción para que aquellas personas que no tienen un contrato formal puedan acceder a él de manera independiente. Sin embargo, otra funcionaria del Ministerio de Salud rescata que si no se hace de la manera adecuada se puede caer en que la gente no pague este micro-seguro y la situación genere un riesgo para el sector real y productivo, que también está asegurado bajo estas prestaciones.

El Ministerio de Salud considera que esta propuesta se debe estudiar. Comparten el concepto de otorgar licencias de maternidad a la población excluida hoy en día del beneficio por efectos de salud, pero creen que el país aún no está preparado para otorgar este tipo de beneficios y tardaría cerca de 50 años en poder considerar la idea.

► **Gasto administrativo**

Se pregunta al equipo del Ministerio de Salud ¿serán las EPS gestoras del riesgo en salud o administradoras fiduciarias? A lo que ellos responden que claramente son gestoras del riesgo en salud. Por lo que se les explica que la definición de un único porcentaje como gasto de administración debería desaparecer bajo este rol de las aseguradoras. El Ministerio apoya la propuesta, afirma estar de acuerdo con que se elimine la regla del 10% y el 8% en los gastos de administración, al igual que el porcentaje de obligatoriedad en la contratación de hospitales públicos 60% para el régimen subsidiado y la regla de la integración vertical. Sugieren que debe hacerse una política de pago y el Instituto de Salud Pública completa la propuesta, afirmando

la necesidad del acompañamiento de auditorías sobre este flujo de recursos, ya que en ocasiones, cuando el proveedor y asegurador tienen algún tipo de vínculo los pagos suelen ser más oportunos y se puede inferir que se someten a un menor nivel de auditoría.

► **Redes**

El MIAS se observó desde la consultoría como un deseo que no ha sido endogenizado por los agentes, además de mantener reglas como el porcentaje de contratación que resulta un poco contradictorio bajo toda la concepción de la política. Consideramos que es una mala idea decir que como esta es la red, distribuyo de manera anticipada unos porcentajes, lo cual puede eliminarse en la medida en que la ampliación de la atención aumenta y hace que la focalización de los recursos sea en los programas de prevención y promoción, hechos que reorientaran el gasto.

En este sentido, la unificación es útil porque es repensar las redes para la operación conjunta de los aseguradores y no como las redes de cada uno de los regímenes. En este contexto, se baja la presión por alcanzar determinados niveles en la contratación del régimen subsidiado.

4 ANEXO 1

Determinar las implicaciones operativas, financieras y normativas de una eventual unificación de los regímenes Contributivo y Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud Objetivo general



**INSTITUTO DE
SALUD PÚBLICA**

Contexto

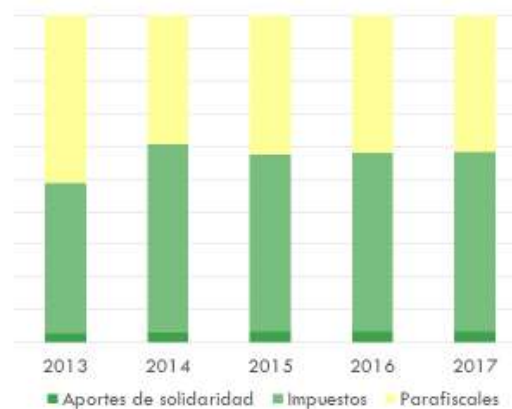
- ▶ En ambos regímenes, son necesarias medidas para plantear estrategias que permitan la convergencia y la unificación de ambos regímenes, hacia un Régimen Unificado, o determinar que ello no sería viable o conveniente.
- ▶ Se parte de reconocer en la operación de los regímenes qué es igual y qué es diferente.
- ▶ El centro del diseño se da en los aspectos divergentes y representar desigualdades en el SGSSS, bajo el reconocimiento de un marco legal que permita la igualación o que pueda ser ajustado para que esto se dé.
- ▶ La Ley Estatutaria separa el derecho de la salud de la capacidad de pago y en tal sentido va más allá de la existencia de los regímenes.
- ▶ Los macro-procesos identificados generan desigualdades y básicamente las diferencias se basaban en la distinción de los regímenes de afiliación.

Aseguramiento Universal

El aseguramiento no está constituido solo por la relación de afiliación entre el asegurador y el afiliado sino que se establece como un criterio global de funcionamiento del Sistema de Salud colombiano en el marco de relaciones políticas y de la obligatoriedad más allá de las formas en que operan los aseguradores y que se manifiestan fundamentalmente en:

- 1) Relación de coercitiva entre las personas y el Sistema basado en la cotización obligatoria.
- 2) Existe una relación entre el Sistema y las personas bajo la idea del Plan Obligatorio de Salud
- 3) Los regímenes diferencian la relación entre las formas de pago de las personas y las coberturas de acuerdo con la definición de las fuentes de recursos y la disponibilidad económica que se queda sin justificación en la medida en que la Ley Estatutaria define las coberturas como "lo que se requiera con necesidad"
- 4) Las fuentes de financiamiento no siempre deben implicar la existencia de un régimen particular de aseguramiento. Incluso la Ley 100 consideraba que el régimen subsidiado era un sistema en transición hacia la convergencia con el Régimen Contributivo en términos de operación y cobertura (lo anterior fue ratificado por la Sentencia T-760)
- 5) Las diferencias de operación en su gran mayoría son de origen reglamentario y en tal sentido fáciles de sustituir por otra norma.
- 6) La contribución ya no es una característica única del Régimen Contributivo, desde la creación del CREE se cofinancia con fuentes derivadas de la tributación.
- 7) Hoy existen muchas formas de asignar recursos públicos en el Sistema de Salud y la única norma ya no es el criterio de pobreza.

Transformación de las fuentes y la Parafiscalidad Modificada



* Cifras Estimadas Provisionales del MSPS

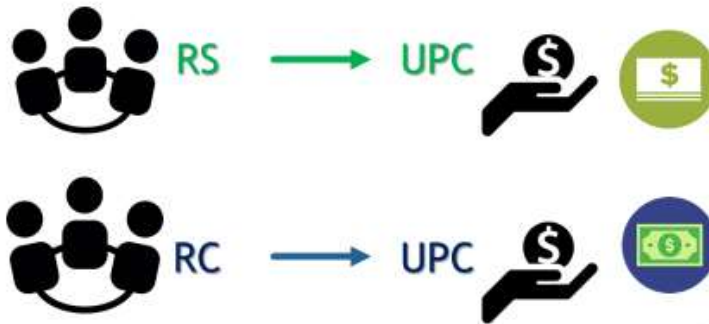
Transición al Régimen Unificado Afiliación



Transición de la parafiscalidad a la tributación



UPC Financiamiento



UPC meta Financiamiento

- ▶ Se propone avanzar en una *nueva metodología* que permita calcular una UPC para el Sistema y la *conformación de un único pool de riesgo* con los afiliados al sistema de salud colombiano.



UPC meta Financiamiento

- ▶ Modelo basado en la **gestión del riesgo global en salud** con una **meta** en términos del valor esperado de la UPC en el **mediano plazo**
- ▶ Cada periodo de gobierno (4 años), de acuerdo con la eficacia y estabilidad del sistema, contará con **mecanismos de ajuste de riesgo y características individuales de las personas en el corto plazo** que, en función del equilibrio del asegurador, permitan hacer las correcciones necesarias para llegar a las metas del mediano plazo.

$$V(E)UPC = P_E(U_E) + P_{1-E}(U_{1-E})$$

UPC meta Financiamiento

Variables generales

- Asignación previa del gasto público de mediano plazo
- Estructura de gastos definida por el reconocimiento y pago de la UPC
- Ajustes de cobertura tecnológica

Variables exógenas del contexto macro

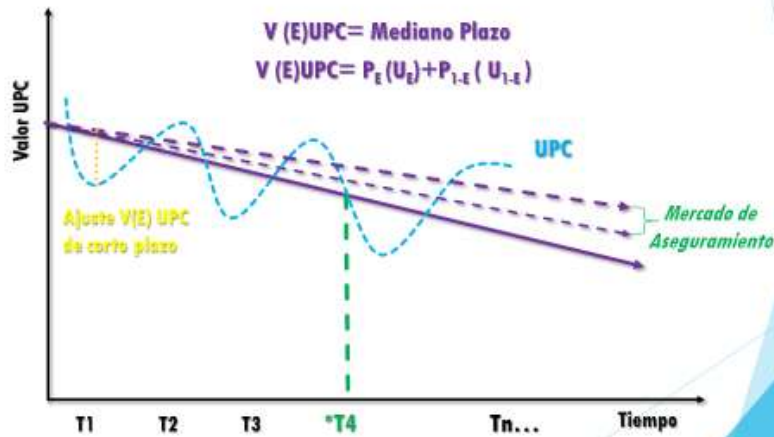
- Crecimiento del PIB
- Ingreso tributario
- Índice de inflación
- SMLV
- Tasa de cambio...

Variables endógenas

- Manejo riesgo de los seguros obligatorios: tamaño del grupo asegurador y nivel territorial de operación

UPC meta Financiamiento

- ▶ Cálculo de la UPC basado en la gestión del riesgo



Eliminar el % de obligatoriedad en el Régimen Unificado Contratación I



- ✓ Libre competencia ⇒ Mejores estándares de calidad
- ✓ Instituciones públicas protegidas por el modelo MIAS
- ✓ ET aseguran la participación de prestadores públicos siempre y cuando estos cumplan con los criterios

Disminuir y aplicar el % de obligatoriedad en el Régimen Unificado Contratación II



Pago por desempeño e indicadores de cobertura efectiva Contratación I

- ▶ Permiten medir la cobertura efectiva y son útiles para orientar la política pública.
- ▶ Sensibles en cuanto a la detección, la atención y el tratamiento de los problemas de salud (Martinez y otros, 2011)
- ▶ Es necesario definir intervenciones trazadoras:
 - ▶ Salud infantil: vacunaciones, lactancia y control del niño sano.
 - ▶ Salud de la mujer: control prenatal, atención del parto, detección del cáncer cervico-uterino y mama.
 - ▶ Salud del adulto: hipertensión, diabetes y hipercolesterolemia.

Pago por desempeño e indicadores de cobertura efectiva Contratación I



Pago por desempeño e indicadores de cobertura efectiva Contratación I

Grupo	Intervención	Cobertura	Necesidad	Utilización	Calidad
Salud de la Mujer	Control prenatal	Proporción de mujeres que durante el embarazo más reciente (en los últimos 5 años) asistieron al menos a cuatro controles prenatales de calidad, es decir, que les hubiesen tomado tensión arterial, les hubieran ordenado exámenes de sangre y orina, les hubieran medido el peso, fetocardia y altura uterina.	Mujeres que durante los últimos 5 años estuvieron en embarazo (último embarazo).	Mujeres que durante su último embarazo asistieron al menos cuatro veces a control prenatal de calidad.	Medida en términos de bajo peso al nacer.
	Atención del parto por personal calificado	Proporción de mujeres que durante su último parto fueron atendidas por personal calificado (médico, enfermera, obstetra, personal de salud).	Mujeres que en los últimos cinco años dieron a luz (último parto).	Mujeres que durante el último parto (últimos cinco años) fueron atendidas por personal calificado.	Medida en términos de complicaciones durante el parto o mortalidad materna.

Licencias de maternidad



Porcentaje de gasto de administración Financiamiento

- ▶ Nuevo estudio para la estimación del porcentaje de gasto de administración para cada Entidad Promotora de Salud, bajo parámetros ponderadores en función de los gastos en el área geográfica de operación y el tamaño de mercado medido por el número de afiliados
- ▶ Estimaciones del costo marginal de administración de cada EPS
- ▶ Generación de incentivos adicionales para promover la eficiencia y calidad en el aseguramiento
- ▶ Decisión política: ¿Serán las EPS gestoras del riesgo en salud o administradoras fiduciarias?



www.javeriana.edu.co/ins-salud-publica