

UN EJEMPLO DE SISTEMA DE SALUD PÚBLICO - PRIVADO:

# EL CASO DE COLOMBIA

*Siguiendo la serie de notas de los Enfoques de Política Sanitaria, analizando reformas de los sistemas de salud de otros países (EEUU y Uruguay), en esta ocasión se analiza el sistema de salud de Colombia. La organización de la atención médica en Colombia tiene todos los ingredientes que los formuladores de políticas sanitarias recomiendan, desde la teoría, aplicar a los sistemas de salud. Siendo de creación reciente en la región (1993), hoy cubre al 85% de la población y ha obtenido importantes logros en términos de resultados sanitarios y calidad de gestión. En su diseño de planes y financiamiento aporta ideas interesantes para el caso argentino.*

Cuando uno mira el gasto en salud de los países de América Latina, una experiencia muy llamativa es Colombia porque combina razonables resultados sanitarios con una alta participación del gasto público dentro del gasto total en salud.

Los resultados sanitarios comparables y atribuibles al sistema de salud pueden ser los que se presentan en el Cuadro 1. Son datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre



Por **Jorge Colina**  
Economista de IDESA

Expectativa de Años de Vida Saludables al Nacer (HALE -en su sigla en inglés) y probabilidad de muerte en edad activa. Se detecta, por ejemplo, que en Colombia un niño que nace puede esperar vivir -con razonables grados de confiabilidad-, en promedio, 66 años, y tener una probabilidad de muerte durante sus años de plenitud productiva (entre 15 y 60 años de edad) de 11,8%. Las cifras están muy en línea con lo que la misma fuente informa para la Argentina, Brasil, Chile y Uruguay.

**Cuadro 1. Resultados sanitarios de países latinoamericanos**

País	Expectativa de Años de Vida Saludables al Nacer (HALE) (2007)	Probabilidad de muerte a los 15 - 60 años (2008)
Argentina	67	12,3%
Brasil	64	15,8%
Chile	70	8,8%
Uruguay	67	12,1%
<b>Colombia</b>	<b>66</b>	<b>11,8%</b>

Fuente: Organización Mundial de la Salud. World Health Statistics 2010 ([www.who.org](http://www.who.org))

Sin embargo, estos resultados contrastan con los del Cuadro 2. Allí se exponen los porcentajes del gasto público total en salud que corresponden a fuentes estatales y privadas, y donde se observa que Colombia es un país donde el porcentaje del gasto público es uno de los mayores en la región. En Colombia prácticamente el 84% del gasto total en salud proviene del Estado mientras que apenas el 16% lo aportan de manera directa las familias.

Esta característica es particularísima, ya que al resto de los países de la región tiene una alta participación del gasto privado. A grandes rasgos, Argentina, Brasil y Chile financian sus sistemas de salud en base a financiamiento estatal y privado en partes iguales, y Uruguay lo hace en dos tercios estatal y un tercio privado<sup>1</sup>. Colombia, en cambio, se parece más a Cuba -un sistema plenamente estatal-, que al resto de los países de sudamérica.

### Pero Colombia también tiene un activo sector privado en salud

A gran diferencia de Cuba, el modelo de gestión de Colombia está basado fundamentalmente en agentes privados. Tanto los aseguradores como los prestadores privados constituyen en Colombia una mayoría -como en la Argentina, Brasil y Chile. Entonces, el aspecto saliente, o más innovador, del sistema colombiano es que combina armoniosamente el financiamiento público predominante con la delegación en la gestión privada. Por eso, resulta una experiencia muy valiosa de conocer.

El sistema es tan novedoso como joven. Posiblemente, por ser de reciente creación, y además ser fruto del pensamiento y la discusión crítica sobre un diseño preformulado y muy analizado, ha logrado combinar de manera consistente y con un sentido práctico los diferentes elementos que el análisis aca-

**Cuadro 2. Composición de las fuentes de financiamiento del gasto en salud**

País	Gasto total en salud (% PBI)	Porcentaje de gasto público	Porcentaje de gasto privado
Argentina (2007)	10,0	50,8	49,2
Brasil (2008)	8,4	44,0	56,0
Chile (2008)	6,2	44,0	56,0
Uruguay (2008)	11,2	63,1	36,9
Colombia (2008)	6,1	83,9	16,1
Cuba	10,4	95,5	4,5

Fuente: Organización Mundial de la Salud. World Health Statistics 2011 ([www.who.org](http://www.who.org))

<sup>1</sup> Uruguay atraviesa una profunda reforma de su sistema de salud desde el año 2007 la cual llevó a un incremento importante de la fuente estatal como origen de fondos para el sistema de salud. En el año 2000 la proporción de recursos sanitarios de fuentes estatales eran 54,6% y el restante 45,4% provenían de fuentes privadas (Organización Mundial de la Salud), una distribución no diferente a la de Argentina, Brasil y Chile. Esto se revirtió a partir de la reforma de salud que se inicia en el año 2005. Para conocer detalles del reforma uruguaya revisar el artículo de Enfoques de Política Sanitaria N° 24 en la Revista de ADEMP N° 101 ([www.ademp.com.ar](http://www.ademp.com.ar)).





**CENTRO DE DIAGNOSTICO  
DR. ENRIQUE ROSSI**

# La evolución en el diagnóstico

EXCELENCIA MÉDICA, CAPACITACIÓN ACADÉMICA, IDONEIDAD,  
TECNOLOGÍA, SERIEDAD, PERFECCIONAMIENTO, DESARROLLO SOCIAL.  
TODO MULTIPLICADO POR MÁS DE 30 AÑOS.

SEDE BARRIO NORTE - ABASTO - MICROCENTRO - BELGRANO  
PROXIMAMENTE NUEVA SEDE ESMERALDA 135

CENTRAL ÚNICA DE TURNOS: (011) 4011-8080

ATENCIÓN GENERAL: (011) 4011-8000

CDR@CDROSSI.COM - WWW.CDROSSI.COM



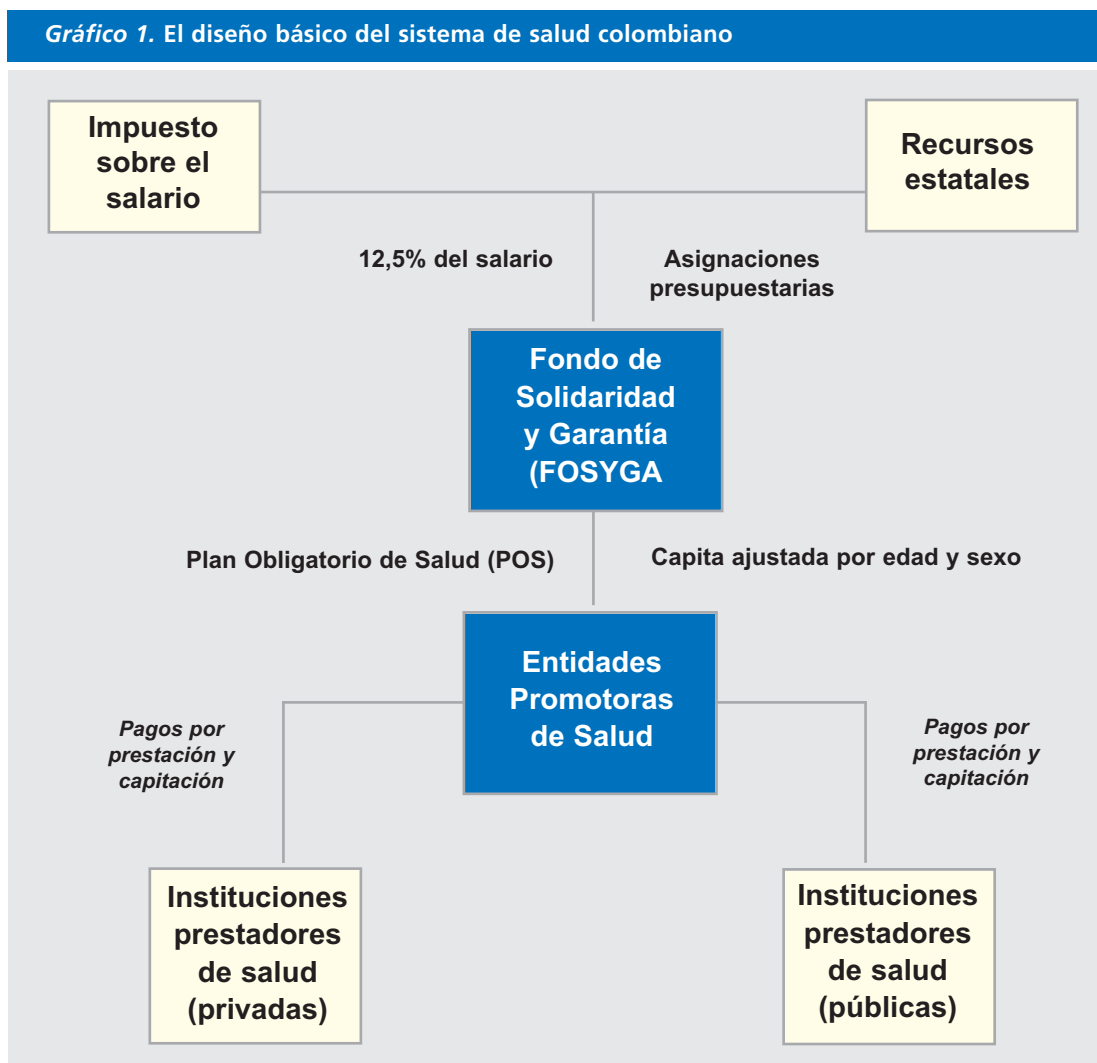
<http://m.cdrossi.com>

démico recomienda para los diseños teóricos de sistema de salud. Contiene fondo único, capita ajustada por riesgo, definición de planes consistentes con el financiamiento disponible, articulación público-privada, gestión privada con competencia regulada y diferenciación de funciones de financiación, aseguramiento y prestación. El diseño básico responde a la lógica que se presenta en el *Gráfico 1*.

Del esquema se desprende diáfana la diferenciación de funciones y la consistencia de su articulación. El financiamiento tiene dos fuentes estatales: una son los impuestos al trabajo (cuya alícuota es de 12,5% del salario) y la otra son las asignaciones presupuestarias que el gobierno central canaliza al sistema a través de las partidas municipales para salud. Los recursos no van directamente a los gestores sino que media un fondo único de salud (el Fondo de

Solidaridad y Garantía -FOSYGA) que tiene como principales funciones -entre otros varios roles- distribuir una cápita ajustada por riesgo a los aseguradores y financiar aquellos servicios de salud no incorporados dentro del plan de salud obligatorio hasta tanto se operativice -si corresponde- su incorporación.

La capita ajustada por riesgo (denominada Unidad de Pago por Capitación -UPC) tiene una estructura variable según edad y sexo, y se actualiza anualmente a través de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), consejo conformado por los ministros de protección social, y de hacienda y crédito público, y cinco expertos en representación de la Asociación Colombiana de Universidades, los centros de investigación en salud, los centros de investigación en economía de la salud, las asociaciones de profesionales



# “Trabajamos para mejorar la calidad de vida de las personas”.

Comprender el verdadero propósito de nuestra empresa nos hace grandes.



 **SCIENZA**  
A R G E N T I N A

VENTA, DISTRIBUCIÓN Y GERENCIAMIENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTOS ESPECIALES

Av. Juan de Garay 437 - (C1153ABC) - Bs. As. - Tel/Fax (011) 5554 7890 - Vtas. (011) 5554 7900  
Sciensa responde: 0810-222-SCIENZA (7213) - [scienserresponde@sciensa.com.ar](mailto:scienserresponde@sciensa.com.ar)  
[www.sciensa.com.ar](http://www.sciensa.com.ar)

100 años  
100 años de  
ventas  
continuas





de la salud y las asociaciones de usuarios; además de la revisión del UPC, este consejo también se encarga de la actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS).

El FOSYGA distribuye la UPC a las aseguradoras. Las aseguradoras se denominan Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las EPS pueden ser de naturaleza privada, mixta o pública, donde la mayoría es de carácter privado y mixto, y que, actuando en competencia regulada, proveen a los usuarios que las elijan el Plan Obligatorio de Salud (POS). Para brindar las prestaciones médicas contratan con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), que son hospitales, centros de diagnóstico y tratamiento, y consultorios médicos, públicos y privado, los cuales se estructuran en niveles de complejidad. Los niveles son baja complejidad (que comprende acciones de prevención, atención primaria, urgencias, internación y partos de baja complejidad, y diagnósticos básicos) que representa el 84% de las instituciones, mediana complejidad (que suman médicos especialistas, medicina interna, cirugía y atención las 24 horas) que representan el 13% de las instituciones y la alta complejidad (que suman las cirugías de alta complejidad y los tratamientos altamente especializados para las enfermedades catastróficas) que representan el 3% restantes de las instituciones.

El sistema tiene las virtudes que se derivan de haber sido implementado a partir de foja cero y un diseño formulado desde el plano teórico, por eso tiene muchos de los elementos que la academia recomienda para los sistemas de salud. En la actualidad, con menos de 20 años de vejez, el sistema cubre mediante un seguro de salud a aproximadamente el 85% de la población, estando el 15% restante en proceso de afiliación. La importancia de este logro se visualiza cuando uno tiene en cuenta que el sistema de salud argentino, con más de 60 años de vida, todavía no logra dar cobertura mediante mecanismos de seguros de salud a un 32% de su población. Esto resalta la valía de los resultados de gestión obtenidos por el sistema colombiano.

#### **Los elementos interesantes del modelo aplicables al caso argentino**

Algunos aspectos del sistema colombiano aplicables al caso argentino son los que muestran la definición del Plan Obligatorio de Salud (POS), el tratamiento de la capita ajustadas por riesgo y la instancia de diálogo social que contiene el sistema para su seguimiento y mejoramiento.

**1. Régimen contributivo y no contributivo.** El sistema colombiano, si bien es único, tiene dos regíme-



## Nueva Sede Congreso

Rincón 686 - Ciudad de Buenos Aires  
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

- ▷ Turnos en plazos más breves
- ▷ Resonancia Magnética de campo alto
- ▷ Resonancia Magnética en equipo abierto
- ▷ Ecografía General, Especializada y Doppler
- ▷ Neurofisiología
- ▷ Médicos del staff de IMAT con reconocida trayectoria profesional



- ▷ Nuevo edificio propio en dos plantas
- ▷ Confortables salas de espera
- ▷ Ubicación estratégica

▶ SEDE CENTRAL:  
Viamonte 1742

▶ CENTRAL ÚNICA DE TURNOS:  
4370-7600

Tradición de Vanguardia  
[www.imat.com.ar](http://www.imat.com.ar)

- Otras sedes
- ▶ HOSPITAL CENTRAL DE SAN ISIDRO  
Servicio de Tomografía Computada  
Av. Santa Fe 431
- ▶ HOSPITAL CIUDAD DE BOQUENON  
Servicio de Tomografía Computada  
Av. Avelino Rolón 1740



nes diferenciados: un régimen contributivo y otro no contributivo. El régimen contributivo tiene una definición de plan de salud comprensivo con atención ambulatoria, de internación y un rango amplio de enfermedades, aunque tiene copagos, pagos moderadores y un listado cerrado de medicamentos. Se financia con un valor capita promedio (dado que se ajusta por edad y sexo) de 112 pesos argentinos (en Argentina el sistema de obras sociales nacionales cuenta con 173 pesos argentinos) por persona por mes. El régimen no contributivo, en cambio, tiene un plan de salud más limitado, consistente con el hecho de que el valor capita reconocido por el fondo es inferior. En el régimen no contributivo, el plan es igual que en el contributivo sólo para los menores de 18 años y para los mayores de 18 el plan estipula taxativamente el listado de lo que se incluye (en general atención ambulatoria, hospitalización y enfermedades de alto costo) con exclusión de todo aquello que no haya sido explícitamente incluido; tiene copagos y moderadores. Estas personas pueden solicitar la cobertura de lo no incluido en el sistema de salud público departamental. El valor capita es de 72 pesos argentinos. Este aspecto muestra que, aun cuando se tenga un sistema único, no necesariamente el plan de salud debe ser también único e igualitario. Pueden instrumentarse diferentes planes en función de las diferentes capacidades contributivas para dar consistencia financiera al sistema (al ajustar las prestaciones a la disponibilidad de recursos). Ciertamente que lo deseable es que todos los ciudadanos puedan acceder al mismo set de prestaciones, pero para que ello sea posible se necesita

disponer del mismo valor de cápita. Como los colombianos todavía no disponen de 112 pesos argentinos por persona afiliada al régimen no contributivo, sino que disponen de 72 pesos, ajustan el plan en consonancia con la disponibilidad priorizando en la selección lo esencial y dejando aquello que es menos necesario y/o que puede ser financiado por las personas por otros medios. Colombia está procurando ir hacia la unificación de planes, pero no lo hace con emisión voluntaristas de normas sino buscando más financiamiento para suplementar los 72 pesos. Esta forma de proceder es un rotunda lección para la Argentina sobre cómo debería ser el proceso para definir y actualizar el PMO argentino.

**2. Planes de salud parciales, pero consistentes financieramente:** el Plan Obligatorio de Salud (POS) no es un plan de alcance ilimitado, como el caso del PMO argentino. Tiene límites determinados en función de los recursos disponibles, y en función de las proyecciones presupuestarias del FOSYGA que la Comisión de Regulación en Salud (CRES) hace para ir actualizando los planes. Ciertamente que el proceso de definir planes parciales e ir ajustando en función de la disponibilidad de recursos no está exento de dificultades. Recientemente se han dado casos de solicitudes extraordinarias por vías administrativa y judicial de prestaciones no incluidas o cuya inclusión en los planes era difusa. Pero muestra que un aspecto central en el cuidado de la salud del sistema es la consistencia financiera de los planes de salud más allá de que la aspiración social sea tener acceso a todas las prestaciones posibles.

“ Colombia está procurando ir hacia la unificación de planes, pero no lo hace con emisión voluntaristas de normas sino buscando más financiamiento para suplementar los 72 pesos. Esta forma de proceder es un rotunda lección para la Argentina sobre cómo debería ser el proceso para definir y actualizar el PMO argentino. ”

# TODO LO QUE TIENE QUE TENER UN SANATORIO

## MÁS DE 40 AÑOS DE EXPERIENCIA MÉDICA



más de 260 camas de internación • resonancia magnética nuclear abierta • medicina nuclear • servicio de guardia de alta complejidad • servicio de hemodinamia • cirugía cardiovascular • reconocimiento académico internacional • tomógrafo helicoidal de última generación • equipo de ultrasonografía "ligiq 5 expert" • arco on c, by on dura 12" • sistema de densitometría ósea dpx - pro • digitalización completa del servicio de imágenes • unidad quirúrgica con 11 quirófanos • turnos online via chat • carrera de enfermería profesional • remodelación completa de la infraestructura • reconocimientos de calidad certificada

**40**  
AÑOS

“ *El sistema de salud colombiano es un experimento muy interesante porque tiene todos los componentes que la discusión académica recomienda para las reformas sanitarias de la región.* ”

### **3. Sistema de financiamiento colectivo para prestaciones por fuera del plan de salud:**

El FOSYGA, además de ejecutar la distribución de las cápitas ajustadas por riesgo, financia aquellas prestaciones no cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud (POS), que, por razones excepcionales -sea por demanda administrativa o judicial-, el sistema deba financiarlas. Quién se encarga de su financiamiento no son los seguros de salud sino el Fondo hasta tanto se revise la política del POS, y los recursos disponibles, a fin de ajustar la capita para efectivizar su incorporación. El mecanismo es novedoso y aplicable a la Argentina, como un método para controlar las demandas de prestaciones no cubiertas que provienen de la judicialidad y administrar mucho mejor su incorporación a los planes de manera ordenada en función de los recursos disponibles. A grandes rasgos se trata de contar con mecanismos colectivos de resolución de conflictos y financiamiento de prestaciones o medicamentos cuya cobertura es controvertida, para que luego de acumulada cierta cantidad de experiencia e información sobre los casos y los consumos de dichas prestaciones, un órgano técnico y colegiado resuelva su incorporación y fundamentalmente estipule bajo qué términos se realiza la incorporación de estas prestaciones o medicamentos a la cobertura social.

### **4. Sistema colegiado de monitoreo del sistema:**

la Comisión de Regulación en Salud es un ámbito participativo de seguimiento y perfeccionamiento del sistema, donde los actores discuten -entre otros aspectos- la definición y actualización de los planes de salud y las capitas a distribuir entre los aseguradores. Este tipo de instrumento social, en general, no se utiliza en Argentina donde las regulaciones son dictadas centralizadamente por el Poder

Legislativo, Ejecutivo o las autoridades regulatorias sanitarias sin instancias de consultas y participación. El mecanismo participativo que tiene Colombia facilita el diálogo social sobre problemas concretos y, con ello, la consecución de soluciones consensuadas, viables y razonables. En salud, este tipo de herramienta social para la generación de normas de diseño y operación del sistema es una salida ante los enormes desafíos que se plantea cuando hay que equilibrar necesidades médicas múltiples, con recursos limitados y consideraciones muy delicadas de humanidad y equidad.

### **Conclusión**

El sistema de salud colombiano es un experimento muy interesante porque tiene, como se dijo, todos los componentes que la discusión académica recomienda para las reformas sanitarias de la región. No está exento de problemas. Sin embargo, muestra cómo es posible combinar alta proporción de gasto público en el financiamiento de la salud con un entusiasta sector privado actuando en competencia regulada y obtener razonables resultados (en línea con Brasil y los países del Cono Sur cuya historia es más extendida). El secreto es no segmentar. En Colombia, los actores privados son incorporados de manera plena a la gestión de los recursos sanitarios públicos. Cosa que en el resto de los países de la región no sucede. En Chile, Brasil, Uruguay y Argentina, el sector privado nace como una alternativa espontánea, subsidiaria del sector público, que nunca termina de ser bien asimilada al sistema de cobertura social. En Colombia, el espíritu es el financiamiento público y la columna vertebral es la gestión privada. ♦