

Respuesta de la seguridad social al VIH/SIDA. El caso de Colombia

**Carlos M. Ramírez,
Caja de Compensación Familiar de
Antioquia (COMFAMA), Colombia**

Primeramente, quiero agradecer al Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social y a la OPS por la invitación.

La Caja de Compensación Familiar de Antioquia (COMFAMA) es un sistema de subsidio familiar. Nosotros administramos un régimen subsidiado por derecho propio. Antes de la ley no había cobertura familiar y las cajas de compensación velábamos por la salud familiar del cotizante o de la cotizante. Después de la ley, como se pretende cobertura universal, el Estado nos dio autoridad para invertir esa plata en carné del Sistema de Beneficios (SISBEN) para la población más pobre de Colombia en el régimen de subsidios.

Nosotros tenemos algo así como 270 mil afiliados. Como la solicitud de los organizadores de este taller es que presente el caso colombiano, yo voy a hacer el máximo esfuerzo por presentar en términos generales, con las salvedades de que ustedes espero que conozcan que Colombia es un país no muy grande pero sí muy diverso. Nosotros tenemos múltiples realidades. Bogotá es *sui generis*, pero también hay situación cultural de diversidad en el Caribe, en la zona andina, etc., que tiene mucho que ver con el tema.

En mi presentación voy a plantear los aspectos básicos de nuestra ley en lo que tiene que ver con el tema que nos ocupa. ¿Qué quería el modelo de la ley para Colombia, relacionado con el VIH/SIDA? ¿Qué ocurrió en lo general con los aspectos básicos de fomento de la salud, promoción de la misma, prevención de la enfermedad, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación? ¿Qué perdimos en este concepto global de bienestar de salud pública como componente del bienestar? ¿Cómo estamos tratando de recuperarlo? Es un relato simple de lo que ha ocurrido con el VIH/SIDA desde antes de la ley hasta hoy, las posibles causas de eso y para dónde vamos, o por lo menos, mi opinión personal, a dónde deberíamos ir. La idea es mostrar, en el máximo de lo posible, cómo ha sido el acceso de la población colombiana con VIH/SIDA a los servicios integrales de salud, teniendo en cuenta, pues, que la integralidad tiene que ver con todos los aspectos que se veían ahora, desde el fomento de la salud hasta el tratamiento del

problema. No solamente el VIH/SIDA en sí, sino incluso las co-morbilidades del VIH/SIDA, y cómo las normas que se han dado en Colombia han influido en ese sentido.

Se fomenta la salud para el caso del VIH/SIDA? ¿Se tienen programas establecidos nacionales o territoriales? El modelo colombiano no puede analizarse desde la perspectiva única de la Ley 100 de Seguridad Social. En agosto de 1993 se aprueba la Ley 60, que es una ley orgánica, que es el marco general de descentralización del Estado. Con esa ley se dio de verdad la descentralización en el país. Ustedes saben que en nuestros países la experiencia es que generalmente la descentralización de los territorios se da un proceso de, digamos así, de “estira y encoge”, donde las entidades territoriales quieren la plata y no las responsabilidades, y el nivel nacional quiere entregar la responsabilidad, pero no la plata. Hasta que llega una ley nueva, que es todo un fruto de concertación donde se dan responsabilidades y se da la plata.

La Ley 60 fue eso. Se dio el dinero en un esquema de salud. No se pensaba todavía en un aseguramiento en salud con aspiraciones de universalidad. Entonces, se da la Ley 60, y en diciembre del mismo año la Ley 100, y no había un sincronismo entre ambas. La explicación de lo que nos ha pasado también tiene que ver con el proceso descentralista que es complejo, genera democracia, es fascinante, pero también es cruento y es traumático. Entonces, la pregunta es: ¿Se fomenta la salud y se evita la enfermedad? ¿Se diagnostica oportunamente? ¿Se trata de manera aceptable?

Antes de la descentralización teníamos lo que llamábamos el Plan de Atención Básica, ese plan que fomenta la salud y evita la enfermedad con acciones colectivas y que estaba a cargo del nivel nacional, pero con la Ley 100, se le asignó al Ministerio la regulación, pero no la prestación de servicios. La prestación quedó a cargo de los departamentos, los municipios, los distritos y las aseguradoras y se pierde ese alcance nacional de las grandes campañas, que así no sean muy efectivas, siempre serán imprescindibles. Pero las entidades territoriales consideraron que era responsabilidad de las aseguradoras, y las aseguradoras objetaron, y al final se financiaron doblemente. El modelo era excelente en su diseño, había fondos para financiar estos servicios, tanto con las aseguradoras como con las entidades territoriales, pero cada una pasaba la responsabilidad a la otra y ahí es de donde vino la crisis.

En el tema de la atención básica, que gradualmente se ha ido transformando en un subsidio de demanda y oferta, nuestro modelo pretende transformar los recursos de oferta en demanda. Aquellos recursos que se le daban a nuestros hospitales públicos y a varios privados antes de la ley, que eran organizaciones o fundaciones sin ánimo de lucro, que atendían a los pobres con un criterio histórico, inflacionario, para pagar nómina, luego insumo, material médico, quirúrgico y

gastos generales, independientemente de lo que hicieran o no hicieran, se cambió con el criterio de un subsidio que llamamos subsidio de demanda, que es el carné, la póliza o el aseguramiento donde el usuario exige sus derechos.

En el nuevo esquema se emplearon mecanismos de pago con la capacitación, pero los hospitales, que tienen que vivir de lo que venden, con la capitación toman esos recursos y no hacen lo que deben hacer, transformando los subsidios de demanda en oferta, para volver al esquema anterior.

La regulación es un rol no delegable del Estado. Y fijar reglas para la prestación de los servicios. Hay incentivos y ahí viene la gran pregunta: ¿pueden haber desincentivos?

De la regulación se generan políticas, y de las políticas, planes. Entonces, uno diría que la regulación hay que tenerla como algo integral. No es solo la norma *per se*. Nosotros tenemos normas en Colombia para atender al enfermo y para no atenderlo; para pagar el servicio y para negar el pago. Tenemos todas las normas que ustedes se imaginen. Creemos que con la norma cambiamos la realidad. Y eso es imposible. Eso es un proceso muy complicado.

La Constitución Nacional es, por decir así, la norma de normas. Lo que la Constitución diga, de ahí para abajo prima la Constitución. Después vienen las leyes. Tenemos la Ley Orgánica. Hay Leyes Estatutarias. Hay Leyes Especiales, como la de los planes de desarrollo. La Ley 100 es una Ley Ordinaria.

De ahí se derivan los Decretos Nacionales y, para el caso específico de nuestro sistema de salud, un acuerdo del Consejo Nacional de Seguridad Social, que es la máxima dirección del sistema. El Consejo Nacional define qué es el Plan Obligatorio de Salud (POS). Nosotros nos ufamamos en que tenemos un plan único, pero la realidad nos demuestra que tenemos múltiples planes. Tenemos el POS de la ley; tenemos el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, que dependiendo de la perspectiva es el mismo POS del contribuyente; tenemos el POS de la Corte Constitucional o el POS Judicial, que es de una gran amplitud; y tenemos ahora un nuevo esquema que algunos, como término despectivo, lo llaman "El Posesito", que es un POS parcial. Un subsidio parcial en plan de beneficios, mas no en cotización, aunque estamos mirando el mecanismo de cómo entregar el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, con subsidio a la cotización.

El Consejo define estos asuntos y, en términos de jerarquía normativa, un acuerdo tiene la misma jerarquía que un decreto de un ministro y presidente. Le toca al Consejo de Estado definir, en caso que ocurra contradicción.

Después vienen las resoluciones nacionales de ministerio y vienen las normas territoriales. Vale comentarles que a pesar de que la lógica jurídica dice que primero está el uno que el dos, en términos de recuperar la promoción y los servicios de promoción de la enfermedad y diagnóstico precoz, a veces una resolución pesa más que una ley, e incluso que la Constitución.

Lo que quiero decirles es que a pesar de la jerarquía, una resolución puede generar muchas más acciones de impacto que una norma constitucional o que una ley. Depende de la voluntad de quien regula y quien vigila de hacerlas cumplir. Nosotros tenemos una creatividad infinita para redactar la norma. Incluso, los profesionales de la salud decimos a los abogados “este acuerdo, si ustedes lo hubieran creado, no les quedaría tan bien redactado.” Y creemos que con esa norma vamos a cambiar la realidad. Pero eso es un fetichismo jurídico, pues, creo yo, que ahí no está el *quid* del asunto.

Entonces, miremos en términos de esta jerarquía las normas que tienen que ver con el tema. Está nuestra Constitución del 1991, una constitución de gran alcance social, pero contradictoria en algunos aspectos relacionados con la libre empresa, la participación privada, pero así nos quedó. Y es compatible y se puede aplicar.

Y como dije antes, la Ley 60, del 1993, fue el marco general de la descentralización, o sea, la descentralización en lo político, en lo administrativo y en lo fiscal fue real a partir de dicha ley. Incluso, en enero de 1994, los municipios recibieron grandes cantidades de recursos para la inversión social. Y la gran pregunta era que si de pronto no hubiera existido la Ley 100, ¿podríamos tener, al estilo del Brasil, una descentralización bien llevada y con una inversión social bien ajustada, a través de alcaldes, etc.?

Vienen luego las resoluciones que clarificaron la respectiva responsabilidad de las aseguradoras y los municipios. La resolución 412 de enero y la 3384, de diciembre de 2000. La resolución 3384 simplemente ajusta algunos servicios donde define qué es de responsabilidad del municipio y que es de responsabilidad de la Administradora de Régimen Subsidiado (ARS) de la empresa promotora del Régimen Contributivo.

Aquí hay un tema interesantísimo. Luego de esas dos resoluciones viene el Acuerdo del Consejo 217 de diciembre de 2001. En el Régimen Contributivo, lógicamente el seguro social tenía la gran proporción del costo al iniciarse el modelo. Lo tenía prácticamente todo, y el seguro social y cajas similares al seguro.

Cuando entra el proceso de mercado en la competencia regulada, primero el objeto de la competencia regulada era aumentar coberturas, no mantenerlas. Y aumentar cobertura no era únicamente por el ingreso del núcleo familiar, porque antes no había cobertura. El incremento de coberturas en el Régimen Contributivo en Colombia se ha dado aun más a expensa del ingreso del grupo familiar que de real incremento de afiliaciones al Contributivo, o control de la nación, aunque los últimos dos o tres años se ha avanzado en el tema, hay que reconocer.

Luego viene otro acuerdo que no entrega plata sino gente para, digamos, controlar esa desviación entre el Régimen Contributivo y el Subsidiado. Desafortunadamente, no se vio ese mecanismo. La Ley 715 es en reemplazo de la Ley 60, que hace más crónico el aseguramiento con la descentralización y corrige algunas dificultades de la Ley 60.

Hay un Acuerdo 244 que estudia el marco. Con nuestro fetichismo jurídico, había múltiples acuerdos y múltiples decretos que regulaban el Régimen Subsidiado. Se decidió entonces crear un “súper acuerdo”. Algo que diga que el Régimen Subsidiado es una compilación y racionalización de normas. Y salió el Acuerdo 244, excelente acuerdo, pero al mes ya estaba también derogado en algunos aspectos, aunque conserva su esencia. Esto da el derecho de afiliarse. Da una racionalización sobre quien se afilia primero al Subsidiado. La ley, en esencia, es de cobertura familiar y el Subsidiado también va sobre esa vía. Ante las dificultades fiscales de las entidades territoriales, vamos a afiliar grupos vulnerables: el recién nacido, la gestante, el menor de cinco años, los discapacitados, etc. Y que vamos después al resto de la población.

Y viene una última ley que apenas acaba de salir y que es específicamente sobre el tema que nos ocupa. Fue aprobada como Ley Ordinaria en el Congreso de la República, e iniciada por la preocupación sobre VIH/SIDA, e incluso estimulada por otras entidades –yo creo que la OPS estuvo ahí. Esta ley se dirige a cómo obligar a las EPS a que no fallen con el antirretroviral continuo, a la atención con calidad, etc., pero como digo, apenas va a reglamentarse.

En términos de lo que es el VIH/SIDA y sus co-morbilidades, entre 1989 y 1991 no había opción de tratamiento en ese momento. Habían ya ONGs preocupadas por el problema, entre ellas “Positivos por la Vida”, ventilando el tema ¿Qué va a hacer el Estado? ¿Qué le vamos a exigir? ¿Qué va a hacer la sociedad con la pandemia?, etc. Y había una hospitalización al primer nivel, “Ayudar a bien morir”. Eso ocurría con los enfermos de VIH/SIDA.

El Seguro Social de Colombia inició con un equipo en una atención de primer nivel y, ocasionalmente, alguna consulta a segundo nivel, pero lógicamente, cuando ya llegaba el enfermo con el síndrome, requería una atención de alto costo.

En el 1993, se inician los antirretrovirales y la monoterapia no es tan efectiva. Sigue la atención en primer nivel. Y con la ley, hay una campaña para estimular el uso de preservativos, que fue la única de alcance nacional. Después viene la Ley 100 con un propósito esencial de “acceso a servicios integrales” y mejora el aseguramiento universal.

En el año 1995, el antirretroviral tenía mayor eficacia, o efectividad. Tamizajes no se dieron. De pronto, algunos estudios centinela, y dependiendo del tema, un estudio de quienes convivían con el enfermo o con el positivo, tratando de buscar sus contactos, que lo hacían tal vez algunas EPS. Yo diría que el evento pasa a ser una enfermedad crónica, de alta complejidad y de alto costo y reasegurada. Nuestro sistema colombiano, el modelo de la Ley 100, les exige a las aseguradoras reasegurarse en los eventos de alto costo. Es una obligación de Ley, para evitar que se declaren en quiebra después de dos o tres años de atender enfermos de VIH/SIDA u otras patologías de alto costo. Hay que reasegurarse.

Pero el problema es que la reaseguradora no da una póliza integral, o sea, una póliza que realmente cubra la prima, cubra los riesgos. Habría que pagar una póliza del 40% de la UPC y eso no se puede hacer. Entre otras causas, por el incremento de la población con patologías tales como VIH/SIDA, cáncer, insuficiencia renal, etc.

A mediados de los años noventa, los pobres, en general, iban a los Hospitales Universitarios, que generaron el servicio. Se inicia la cobertura en Régimen Contributivo familiar y entran los actores privados en competencia con el ISS. Algunos aseguradores iniciaron programas propios con médicos internistas, y había muy pocos infectólogos en el tema.

Con las posibilidades de atención en las grandes ciudades, en cierta forma se urbaniza el evento, es decir, los enfermos del área rural se fueron a vivir en las grandes áreas urbanas.

En el año de 1996, en octubre, se inicia el Régimen Subsidiado. ¿Quién garantiza la difusión de derechos? ¿Quién responde por acciones colectivas nacionales de movilización social? ¿Quién por las colectivas a nivel territorial? Las ONGs siguen activas.

Y una experiencia fundamental. La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá genera una póliza para patologías de alto costo de los bogotanos pobres no afiliados. Fue muy interesante. Se beneficiaron un millón de bogotanos con un reaseguro, que desafortunadamente después fracasó, porque se vinieron a Bogotá gentes de otros departamentos para beneficiarse del mecanismo.

En el caso de VIH/SIDA, en 1997-1998 avanza la terapéutica, que baja los niveles medios de atención y es ambulatoria. A pesar de ser catastrófica, es reasegurable.

Anteriormente, los antirretrovirales no entraban en el manual de medicamentos del POS, pero en 2004, la Carga Viral se incluye en el POS. Hay selección adversa por departamentos e IPS traslada los enfermos a las ARS. El Proyecto de Transmisión Vertical VIH, establecido en 2003 por el ISS pretende que las señoras se atiendan en su gestación, para evitar la transmisión vertical, con un gran impacto social, y una selección adversa bien importante, que en lo social no se discute, pero en el plano económico es imposible.

Y terminamos con el 2005. Les doy una cifra. COMFAMA, el año 2000 tenía 12 pacientes de VIH/SIDA por 70.000 afiliados; en el año 2005 tiene 135 por 275.000. De los subsidios parciales le entraron 16 casos, y la Ley 972 obliga la entrega de antirretroviral.

Muchas gracias.