

LAS ÚLTIMAS REFORMAS DE LA SALUD EN COLOMBIA

Por: **Francisco José Yepes Luján, M.D M.S.**

Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de la Salud

Luz Helena Sánchez Gómez M.D.

Coordinadora Académica de la Asociación Colombiana de la Salud



GALENO E HIPÓCRATES, LOS MÉDICOS MÁS IMPORTANTES DE LA ANTIGÜEDAD, SEGÚN UN FRESCO EN LA CRIPTA DE LA CATEDRAL DE ANAGNI PINTADO HACIA 1255.

Revista Crónica de la medicina. Nº 1. Plaza & Janes Editores. 1994



Colombia vive en la actualidad otro momento de importantes reformas de este siglo¹ en su sistema de salud, con profundas implicaciones en múltiples dimensiones de la vida de los (as) colombianos (as) y de la teoría y práctica de la Salud Pública.

LA DESCENTRALIZACIÓN

La descentralización de los servicios de salud, se origina en una transformación general del Estado ante la cual el sector tiene la obligación de adaptar sus estruc-

turas y sus concepciones, lo que hace a través de la ley 10 de 1990², luego complementada por la ley 60 de 1993.

Esta descentralización se ha orientado a modernizar el Estado haciéndolo más eficiente y fortaleciendo el proceso democrático a través de una participación ciudadana ampliada en la planeación, manejo y control de la vida municipal (Manrique, Marín 1987).

Después de varios intentos no exitosos de descentralización que datan de 1945, una serie de leyes expedidas en los ochenta, iniciaron un proceso profundo de des-

centralización de la vida político-administrativa: leyes 14 de 1983, 11 y 12 de 1986 y una serie de decretos reglamentarios, 77, 78, 79, 80 y 91 de 1987 (Manrique y Marín, 1987) abriendo el camino para una descentralización integral con componentes políticos, administrativos y fiscales, incorporados luego como mandato constitucional en la reforma de 1991.

Políticos, con trasferencia real de poder a los departamentos y municipios a través de la elección popular de alcaldes y gobernadores.

Administrativos, mediante la redefinición de roles y de responsabilidades de la nación, los departamentos y los municipios, con estos últimos asumiendo responsabilidades hasta ese momento de la Nación y de los departamentos. La construcción de caminos rurales, de escuelas, hospitales, centros y puestos de salud, sistemas de agua

(1) La creación del Ministerio de Salud y del Seguro Social en los 40 y del Sistema Nacional de Salud en los 70 son otros momentos importantes de reforma.

(2) La ley 10 de 1990 transfiere a los municipios la responsabilidad de la atención de la salud en particular del primer nivel, les asigna recursos para las nuevas responsabilidades, establece la participación de la comunidad a través de las juntas de los hospitales y de los Comités de participación comunitaria.

potable y de eliminación de excretas, por ejemplo, que antes eran llevados a cabo directamente por organismos del orden nacional (INSFOPAL, ICCE, INS...) fueron transferidos a los municipios y varias de las entidades nacionales fueron liquidadas.

Y fiscales con la transferencia real de recursos económicos para llevar a cabo las nuevas responsabilidades. Las transferencias municipales pasaron de representar el 4,3% del PIB en 1990 al 7,7% en 1997.

La descentralización en la salud fue definida por la ley 10 de 1990 y luego complementada por la ley 60 de 1993. Los municipios que antes de la descentralización no tenían ninguna responsabilidad en el sector salud se convirtieron en actores principales. Los alcaldes son ahora la cabeza del sistema local de salud, deben elaborar un plan local de salud y son responsables por la salud de sus comunidades mediante la provisión directa de servicios personales y de salud pública o mediante la contratación con proveedores públicos o privados.

LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Un segundo momento de reformas ha sido el de la *seguridad social en salud*, que reflejó cambios en el Estado para enfrentar la apertura económica y la globalización. La ley 100 de 1993 como desarrollo de la Constitución de 1991, estableció un seguro nacional de salud con la meta de lograr cobertura total para el año 2001. Esta ley reformó profundamente el sector salud e introdujo nuevos actores y nuevas prácticas en el sistema.

La reforma de la seguridad social en salud es posible a partir de la Constitución de 1991 que estableció el derecho irrenunciable a la seguridad social (art. 48) y que garantizó a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (art 49). La ley 100 que la definió estableció cinco principios fundamentales: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad y participación social. Es necesario revisar la formulación de la ley y de los instrumentos que plantea, a la luz de estos principios así como el seguimiento y evaluación de la aplicación de la ley deben ser hechos igualmente en frente al logro de los mismos.

EFICIENCIA

Se busca a través de la “competencia regulada” (managed competition)³ y de la elección libre de aseguradores y proveedores.

Se establece un Sistema doble de competencia regulada en el cual aseguradores públicos y privados, con y sin ánimo de lucro, compiten en el mercado para ofrecer un Paquete Obligatorio de Servicios (POS) establecido por el Estado; los proveedores compiten para vender sus servicios a los aseguradores. Por su parte los consumidores son libres de seleccionar entre los aseguradores y entre los proveedores que tienen contrato con su asegurador⁴ y pueden cambiar de asegurador una vez al año.

(3) No hay consenso acerca de la efectividad de la “competencia regulada”, cuya mayor utilización se ha dado en los Estados Unidos a través de las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO), para lograr una mayor eficiencia. Una opción en frente a la “competencia regulada” es el ejercicio del papel monopólico del Estado como en Canadá y otra la generación de un mercado interno al interior de un sistema estatal como en el Reino Unido.

(4) Desafortunadamente la ley permitió a última hora que las EPS puedan tener sus propias IPS lo cual afecta negativamente la posibilidad de seleccionar proveedor y restringe las posibilidades de competencia entre proveedores.

Fotografía: Gina Marcela Jiménez



UNIVERSALIDAD

Se busca a través del establecimiento de un Seguro Obligatorio de Salud con cobertura familiar, financiado con contribuciones de los empleados y empleadores y con subsidios del Estado. Hay dos formas (regímenes) de acceder al Seguro de Salud:

El *Régimen Contributivo (RC)* para quienes tienen un contrato laboral sin importar su nivel de ingreso y para los trabajadores independientes que ganan al menos dos salarios mínimos. Cada afiliado contribuye con el 12% de su ingreso (8% el empleador y 4% el trabajador; los trabajadores independientes deben pagar el 12%). Se estima que el 70% de los colombianos deberán ser cobijados por el Régimen Contributivo.

Los aseguradores, (Empresas Promotoras de Salud-EPS), reciben directamente los pagos de los afiliados (12% del ingreso del traba-

jador), son pagados una suma per cápita (UPC) por cada miembro cubierto de la unidad familiar y a su vez se obligan a ofrecer el Paquete Obligatorio de Servicios (POS) a través de sus proveedores de servicios (propios o contratos).

La ley crea un Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) al cual las EPS están en obligación de girar los excedentes generados por la diferencia entre el monto de las contribuciones de los afiliados y el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). A su vez el FOSYGA deberá compensar a aquellas EPS que eventualmente tengan un balance negativo en la relación entre las contribuciones y las UPC correspondientes⁵.

El *Régimen Subsidiado (RS)* por su parte se estima que debe cubrir el 30% más pobre de la población colombiana. Los alcaldes municipales son responsables en sus respectivos territorios de identificar a los pobres mediante la aplicación de una herramienta que permita su clasificación según el nivel de pobreza. Se ha venido aplicando una encuesta diseñada por Planeación Nacional, el SISBEN⁶ que de acuerdo con el puntaje obtenido clasifica a la población pobre en nivel I que tiene derecho a un subsidio del 95%, nivel II del 90% y nivel III del 70%.

Todas las personas afiliadas a cualquiera de los regímenes tiene derecho a seleccionar su asegurador. En el caso del Régimen Contributivo son a la fecha 30 Empresas Promotoras de Salud (EPS) y en el caso del Régimen Subsidiado 231 Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), de las cuales 175 son Empresas Solidarias de Salud (ESS)⁷. Los aseguradores a su vez adquieren la obligación de

garantizar el acceso al Paquete Obligatorio de Servicios (POS), bien a través de una red de proveedores (IPS) propios (aunque administrativamente diferenciados) o contratados.

Por su parte la ley autoriza el desarrollo de paquetes complementarios (PAC) para quienes quieran y puedan comprar coberturas adicionales tanto a nivel de riesgos como de hotelería. Sin embargo el desarrollo de los PACs, ha sido mínimo y se ha permitido la coexistencia de la medicina prepagada que en la forma como está funcionando implica una carga muy onerosa para quienes deciden comprarla como complemento a su seguro obligatorio, a la vez que un excelente negocio para los aseguradores⁸.

Solidaridad: Hay al menos tres mecanismos de solidaridad en el sistema:

- a) El régimen contributivo tiene su propio sistema interno de solidaridad, puesto que aquellos que ganan más y por lo tanto contribuyen más, generan un excedente que subsidia a quienes ganan menos y no alcanzan a cubrir el valor de su UPC.

(5) El punto de equilibrio entre la contribución de un afiliado al régimen contributivo y el monto de la UPC de su unidad familiar depende del tamaño familiar. Se estima que una contribución sobre 2,25 salarios mínimos logra un punto de equilibrio para una familia promedio de 3,64. (Giedion, Ursula and Andrea Wullner).

(6) Sistema de Identificación de Beneficiarios.

(7) Para el Régimen Subsidiado la ley admite la participación de aseguradores que no tiene requisitos tan exigentes como los de las EPS. Es el caso de las Empresas Solidarias de Salud (ESS) que son de origen y administración comunitarios. A todos sean EPS, Cajas de Compensación o ESS que ofrecen el Régimen Subsidiado se les denomina genéricamente, ARS.

(8) Este es un campo indudablemente descuidado por el gobierno y que requiere de regulación a fin de promover un desarrollo efectivo de los Paquetes Complementarios.

LOS ALCALDES SON AHORA LA CABEZA DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD, DEBEN ELABORAR UN PLAN LOCAL DE SALUD Y SON RESPONSABLES POR LA SALUD DE SUS COMUNIDADES MEDIANTE LA PROVISIÓN DIRECTA DE SERVICIOS PERSONALES Y DE SALUD PÚBLICA O MEDIANTE LA CONTRATACIÓN CON PROVEEDORES PÚBLICOS O PRIVADOS.

- b) El 1% de las contribuciones hechas al régimen contributivo está asignado por la ley como subsidio cruzado para el régimen subsidiado.
- c) El régimen subsidiado es además, financiado con recursos provenientes de los impuestos.

Integralidad: El establecimiento de un Paquete Obligatorio de Servicios (POS) es un mecanismo de garantía para que la población cubierta acceda al mismo espectro de servicios preventivos y curativos. En forma transitoria la ley establece la existencia de dos paquetes, uno más amplio para el régimen contributivo y uno limitado para el régimen subsidiado, pero con la intencionalidad de igualarlos progresivamente en la medida en que la disponibilidad de recursos económicos así lo permita. El POS subsidiado inició con una cobertura de aproximadamente 50% de los servicios ofrecidos en el POS contributivo, pero se ha ido ampliando progresivamente y hoy puede estar en un 60%. Ambos POS, (contributivo y subsidiado) deben incluir promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Por otra parte todas las EPS y ARS están en la obligación de afiliarse a quienes así lo soliciten y no pueden aplicar preexistencias.

Participación Social: Tanto la ley 10 de 1990, como la 100 de 1993 y Constitución de 1991, establecen explícitamente diferentes mecanismos de participación y control social. Los usuarios tienen el derecho de constituir por iniciativa propia asociaciones o alianzas al nivel de los aseguradores y de los proveedores y por otra parte

deben existir comités de veeduría ciudadana, elegidos popularmente para el control de las inversiones públicas. Igualmente, un tercio de las juntas directivas de los hospitales públicos debe representar a la comunidad.

La ley 100 creó, por otra parte el *Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud* con participación de representantes del gobierno, de los aseguradores públicos y privados, de los proveedores, de los profesionales de la salud, de la academia y de la comunidad. Este Consejo tiene a su cargo la toma de las decisiones centrales para el funcionamiento del sistema como son la definición del contenido de los Paquetes Obligatorios de Salud (POS) y del monto de la Unidad de Capitación (UPC).

El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) fue creado por la ley para administrar los excedentes generados por la diferencia entre las captaciones por las contribuciones al régimen subsidiado y las UPC pagadas a las EPS. Actúa como un agente fiduciario con cuatro subcuentas internas: una para la administración de los excedentes, una para administrar el 1% que pasa al régimen subsidiado, una para el programa de promoción y prevención de las EPS y la última para eventos catastróficos y accidentes de tránsito.

La reforma además, modificó la Superintendencia Nacional de Salud dándole la capacidad de hacer el seguimiento y control del sistema en particular en los campos de calidad y financiero. Además se comprometió al paso del sistema de financiación de la oferta de financiación de la demanda para las instituciones de la red pública, los cuales deben transformarse en

Empresas Sociales del Estado con autonomía administrativa, legal y financiera y deben modernizar sus sistemas de gestión a fin de competir en el mercado.

Dentro del proceso de descentralización, los municipios adquirieron responsabilidades notables en la operación local del seguro de salud, en particular en la identificación de los pobres y en su aseguramiento, pero igualmente en la supervisión y control del sistema en el nivel local. Ellos son responsables también de convocar a las ARS interesadas en ofrecer servicios locales y de pagarles la UPC que les corresponde según el número de afiliados.

LA TRANSICIÓN

Ambas reformas han sido difíciles de implementar y ambas están aún en proceso. Ambas han cambiado y continuarán cambiando las relaciones entre el Estado, la población y los proveedores y entre el sector público y el privado.

La descentralización implica importantes cambios en las relaciones de poder entre los gobiernos territoriales (nación, departamentos, municipios). El nivel nacional se ha liberado de la prestación directa de servicios lo que le ha permitido iniciar el desarrollo de sus capacidades para la formulación de políticas, su seguimiento y evaluación y la asistencia técnica. Los municipios han iniciado la toma de control sobre las decisiones locales de salud y los departamentos han visto disminuir su control sobre las decisiones municipales.

Lo anterior no se ha dado sin resistencia de los diferentes actores quienes en un momento sien-



☞ DURANTE LA GUERRA DE TROYA LOS GUERREROS SE SOCORREN MUTUAMENTE EN EL CAMPO DE BATALLA: AQUILES VENDA A PATROCLO (CERÁMICA GRIEGA, H. EL 500 A DE C)

Revista Crónica de la medicina. N° 1. Plaza & Janes Editores. 1994

ten sus intereses afectados. Esto ha sido particularmente importante a nivel de los poderes departamentales. Desafortunadamente el sistema de incentivos no ha sido suficiente para estimular tanto a los departamentos como a los municipios. (Vargas, 1997)

La cualificación profesional/laboral y el desarrollo de capacidad institucional a nivel municipal es una necesidad importante debido a la complejidad de las nuevas responsabilidades asumidas por los municipios y a la falta de experiencia y capacitación en los niveles municipales, particularmente en los más pequeños. Este es un aspecto crítico de las reformas que no ha sido tenido en cuenta a la hora de la definición de prioridades y de asignación de recursos.

En cuanto a la reforma de la seguridad social en salud, con la creación del seguro nacional de sa-

lud y el reordenamiento entre lo público y lo privado, posiblemente la mayor limitación ha sido la falta de experiencia debido a la novedad de los procesos y de los instrumentos establecidos así como la falta de información confiable. Se ha desarrollado un proceso de aprender haciendo en particular con sistemas de pago por capitación o con el establecimiento de paquetes obligatorios de servicios que antes no se utilizaban en el país o en el caso de los hospitales públicos con los sistemas de facturación que nunca antes habían necesitado y que ahora se han vuelto indispensables.

La reforma de la seguridad social introdujo nuevos actores que en ocasiones han tenido que empezar de ceros. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) son completamente nuevas, como lo es el FOSYGA y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Igualmente se introdujeron conceptos nuevos a la práctica de los sistemas de salud como el pago por capitación, los paquetes obligatorios de servicios y el cambio del subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda.

En este proceso se llegó inclusive a comprar costosos software desarrollado para las necesidades de otros países que a la larga probó no ser aplicable a las necesidades del sistema colombiano.

PROBLEMAS Y DIFICULTADES

Hasta ahora, la mayoría de los problemas que se han identificado se considera que pueden ser solucionados a través de reglamentaciones que no requieren cambios en la ley. Aparentemente hay un acuerdo general sobre la intencionalidad de la ley y sobre lo adecuado de su diseño macro. (Jaramillo, Olano, Yepes 1998)

Sin embargo diferentes observadores han identificado áreas problema que de no ser solucionadas en forma satisfactoria podrían afectar la viabilidad de las reformas.

Algunas de ellas hacen parte del proceso de desarrollo y deberán irse solucionando en la medida en que el sistema avance en su madurez. Se crearon nuevas instituciones y se adoptaron nuevos conceptos y procesos. La cultura del aseguramiento en salud ha sido muy limitada en el país y es necesario desarrollarla; ante la falta de experiencia anterior con los sistemas de pago por capitación ha sido necesario aprender a utilizarlos y a contratar mediante ellos; la población pobre objeto del régimen subsidiado nunca antes estuvo expuesta a un sistema de aseguramiento y tiene ahora que aprender acerca de los derechos y de las ventajas que le implica un seguro de salud. En 1997 las ARS tuvieron tasas de utilización de servicios por parte de su población afiliada, por debajo de los niveles esperados, lo cual es atribuible por lo menos en parte a la falta de conocimiento de la población afiliada acerca de sus derechos.

Por otra parte, los hospitales públicos han tenido que desarrollar su capacidad administrativa e

intentado disminuir la brecha científica y tecnológica iniciando procesos de mejoramiento de sus servicios a fin de competir en el mercado⁹. Han tenido que aprender a cobrar por sus servicios sistemas de facturación, de auditoría médica, de mercadeo, de atención al cliente, etc. En este proceso los hospitales públicos están haciendo cambios profundos en muy corto tiempo, aun cuando aún es muy temprano para saber si van a repercutir en mejores condiciones de atención para los usuarios y en mayor eficiencia en el uso de los recursos. De todos modos es indispensable que el Estado dé prioridad a la protección de la red pública como patrimonio nacional y que la proteja mejorando su dotación básica y garantizando la contratación de servicios por parte de EPS y ARS, así como el pago oportuno por parte de éstas, lo cual no está sucediendo y está generando serios efectos negativos.

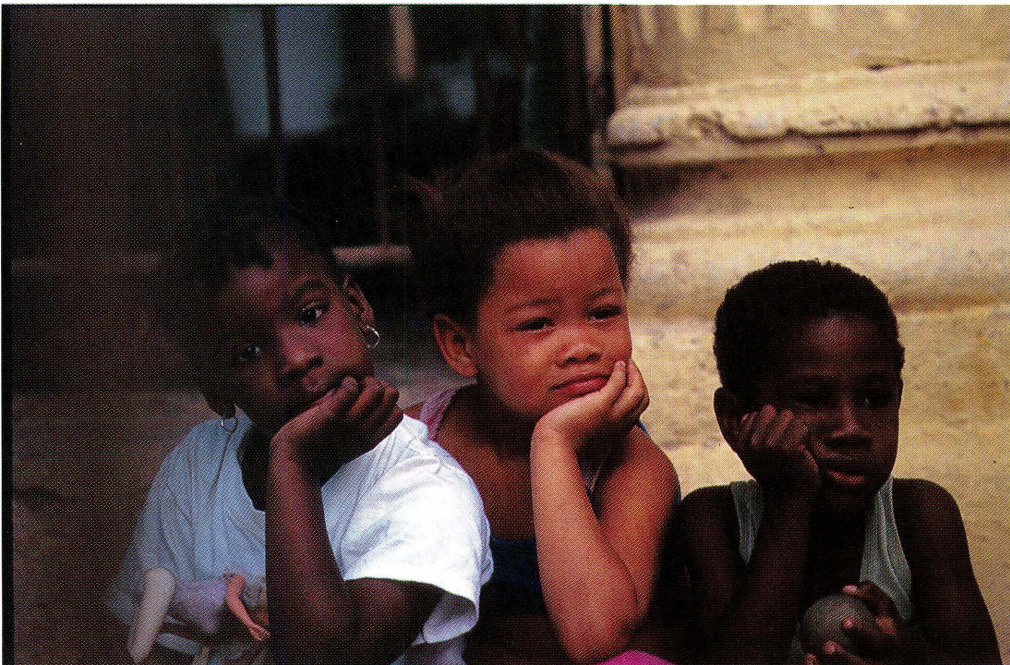
Además, la *profusión de decretos reglamentarios*, de resoluciones, le han dado complejidad al sistema y hacen difícil su comprensión por parte de los diferentes actores. Este exceso de normas le quita transparencia al sistema y dificulta el control ciudadano. Los mecanismos de financiación del régimen subsidiado son extremadamente complejos (Jaramillo, 1998) y la manera como parte de los fondos gubernamentales son asignados geográficamente ha sido identificada como altamente inequitativa y como no conducente a la disminución de las desigualdades regionales. (Vargas, 1997)

El proceso de *transformación de los subsidios de la oferta a la demanda* que va paralelo con la transformación de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado está avanzando lentamente. (Medina, 1997). Durante 1996, el 8% de los recursos públicos todavía se asignaba en la forma tra-

dicional (Vargas, 1997) Esto añade dificultad al crecimiento de la cobertura del régimen subsidiado que depende en buena parte de esta transformación. Por lo demás los hospitales públicos por muchos años bajo la protección del Estado y con niveles y calidad de administración deficientes necesitan urgentemente ponerse al día y desarrollar sistemas gerenciales modernos, proceso que requiere tiempo.

La *evasión* por no afiliación de personas que deberían hacerlo al régimen contributivo y por personas que subdeclaran sus ingresos ha sido identificada en forma repetida (Sánchez, 1997; Jaramillo, 1998; Morales y col., 1998) y pue-

(9) ASSALUD está evaluando el proceso de cambio en cinco hospitales de Bogotá y en ellos es observable este fenómeno, algo similar ha observado en hospitales de diferentes municipios en donde se está haciendo seguimiento al proceso de descentralización. Sin embargo es importante aclarar que el proceso se observa desde antes de la ley 100 estimulado por la descentralización.



Fotografía: Gina Marcela Jiménez

de afectar el equilibrio económico del modelo (Gideon, 1996). Se estima que alrededor de un 35% de la población que debería estar asegurada en el régimen contributivo aún no lo está y que la subdeclaración de ingresos puede estar en un 30%.

Los programas de Salud Pública. Una de las fortalezas del sistema anterior ha sido muy afectada, primero por la descentralización y luego por la reforma de la seguridad social. Los municipios aún no han acabado de asumir sus nuevas responsabilidades y los sistemas de información y de vigilancia epidemiológica están seriamente afectados. (Jaramillo, 1997). Ya se dio un brote de meningitis equina que se extendió sin que el sistema la hubiese detectado tempranamente y se está dando con el dengue, inclusive con su forma hemorrágica.

Los profesionales, particularmente los médicos han manifestado crecientes niveles de insatisfacción que tiene que ver con la desaparición de la práctica liberal y la mediación de un tercero (el asegurador) en la relación médico paciente lo cual afecta la autonomía profesional¹⁰. Los profesionales de la salud en general y los médicos en particular no estaban preparados para la reforma que los tomó por sorpresa y que ha cambiado en un plazo muy corto su práctica profesional sin que hubiese mediado un proceso de preparación y de capacitación.

En tanto que los médicos jóvenes que inician una práctica pueden encontrar más fácil empezarla ahora que antes de la reforma, los médicos que ya tenían una práctica establecida posiblemente son los que más han resentido el cambio.

LA DESCENTRALIZACIÓN IMPLICA IMPORTANTES CAMBIOS EN LAS RELACIONES DE PODER ENTRE LOS GOBIERNOS TERRITORIALES (NACIÓN, DEPARTAMENTOS, MUNICIPIOS). EL NIVEL NACIONAL SE HA LIBERADO DE LA PRESTACIÓN DIRECTA DE SERVICIOS LO QUE LE HA PERMITIDO INICIAR EL DESARROLLO DE SUS CAPACIDADES PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS, SU SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN Y LA ASISTENCIA TÉCNICA.

La educación y la información al público y a los proveedores han sido altamente insuficientes y esto ha afectado la capacidad de la población para ejercer sus derechos. Las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS) experimentaron durante 1997 una demanda de servicios inferior a la esperada lo que a su vez condujo a un aumento en los márgenes de ganancia que requirió del establecimiento de reservas técnicas.

La Garantía de Calidad es algo prácticamente inexistente en el país y desconocemos lo que puede estar sucediendo en términos de la calidad de los servicios en un sistema que experimenta importantes presiones comerciales y de control de costos.

A esta alturas podemos plantear dudas acerca de la *eficiencia macroeconómica del sistema*. La reforma trajo nuevos recursos económicos al sector. Se estima que para 1996 el total del gasto en salud estaba a nivel del 10,1%¹¹ del PIB (Vargas, 1997) superior al 9,1% de 1995 y al 7,0%¹² de antes de la reforma (Velandia, 1990, Harvard, 1996) en tanto que aún queda un 50% de la población por asegurar. Sin embargo es importante anotar que la población no asegurada está siendo atendida en la red pública en su categoría de "vinculada".

En términos de la solidaridad del sistema, es preocupante que la ley haya permitido que determinados grupos como los maestros y los empleados de Ecopetrol no se hayan incorporado al sistema y mantengan esquemas privilegiados. Mas notorio era que los congresistas se hubiesen autoexcluido creándose un sistema aparte y privilegiado que afortunadamente fue eliminado por el Consejo de Estado. Aun cuando las Fuerzas Armadas también están excluidas, esta es una practica bastante generalizada en otros sistemas de salud, debido a las condiciones particulares de su actividad.

El Instituto de Seguros Sociales transformado ahora en EPS¹³ es con mucho el mayor asegurador bajo el nuevo sistema, con una cobertura de aproximadamente el 65% del régimen contributivo. Por la forma como viene operando sin

(10) La autonomía profesional indudablemente se restringe en el nuevo sistema. Los aseguradores requieren aprobación previa para ciertos procedimientos diagnósticos y terapéuticos con la finalidad de controlar costos lo cual es razonable cuando se aplica un protocolo clínico fundamentado en la evidencia, pero puede llegar a colocar en conflicto los intereses científicos, como cuando las aseguradoras no permiten la prescripción de exámenes de tamizaje en pacientes aparentemente sanos.

(11) 4,2% privado y 5,9% público.

(12) 3,9% privado y 3,1% público.

(13) Además funciona como ARP y como Fondo de Pensiones.

cumplir con los requisitos que la ley le exige a todas las EPS, sin compensar al FOSYGA y sin conocer con exactitud el universo de sus afiliados es un factor de preocupación y de riesgo potencial para el futuro del sistema.

LOGROS

Aceptación general de la Ley. Aun cuando existen grupos descontentos con la ley, en particular los médicos y algunos sectores de los trabajadores, hay un nivel general de aceptación de los principios e intencionalidad de la misma y de la necesidad de garantizar su plena vigencia.

Aumento en los niveles de aseguramiento. Si bien no hay cifras exactas sobre la población asegurada en particular debido a la imprecisión de la información del Instituto de Seguros Sociales, de acuerdo con las cifras del Ministerio de Salud; para diciembre de 1997 había 14.558.564 afiliados al régimen contributivo. El Instituto de Seguros Sociales cubría a 31 de diciembre de 1997 el 63,5% del régimen contributivo.

El nivel de aseguramiento alcanzado por el régimen contributivo es inferior al que se debería haber alcanzado meramente con la cobertura familiar de los asegurados en el sistema anterior y denota un fenómeno de evasión importante.

Por su parte el logro obtenido con la cobertura del régimen subsidiado es notable, puesto que está alcanzando al segmento más pobre de la población que nunca antes había tenido acceso a un sistema de seguro de salud.

Desarrollo institucional. Actualmente existen 30 EPS en funcionamiento¹⁴ que ofrecen el seguro contributivo y 231 ARS entre las cuales 175 empresas solidarias de salud que ofrecen el seguro subsidiado. Todos los municipios del país tienen la presencia de al menos un asegurador, 70% de al menos dos y todas las capitales departamentales de al menos cinco.

Esta reforma ha eximido al Ministerio de Salud y a las Secretarías Departamentales de la provi-

sión directa de servicios, liberando su capacidad para moverse hacia la dirección del sistema, fortaleciendo su capacidad de formulación/evaluación de políticas y de asistencia técnica.

Situación financiera positiva. Durante 1997 diecisiete EPS tuvieron excedentes en el FOSYGA por la suma de \$111.223.161.663 y nueve fueron deficitarias en la suma de \$77.666.912.558, lo cual da un excedente dentro del régimen contributivo por la suma de \$33.556.249.105¹⁵. Este balance es menos favorable que el del año anterior cuando sólo dos EPS fueron deficitarias y en balance positivo fue mayor.

Eliminación de monopolios y de clientelas cautivas. En el sistema anterior el Instituto de Seguros

Sociales y las Cajas de Previsión contaban con clientelas cautivas que no tenían opción de cambio de asegurador. Quien no quisiese utilizar los servicios del ISS o de la respectiva Caja no tenía otra opción que tributar doble, pagando en el sector privado o comprando seguros adicionales. La nueva legislación eliminó estos monopolios y dio al usuario la opción de seleccionar su asegurador y de cambiarlo una vez cada año, así como la opción de seleccionar su proveedor dentro del panel de proveedores del respectivo asegurador¹⁶.



Fotografía: Gina Marcela Jiménez

A PESAR DE LOS LOGROS ALCANZADOS
TODAVÍA FALTA UN LARGO RECORRIDO PARA
LOGRAR LA MADUREZ DEL SISTEMA Y PARA
CORREGIR SUS PROBLEMAS
MÁS IMPORTANTES.

A pesar de los logros alcanzados todavía falta un largo recorrido para lograr la madurez del sistema y para corregir sus problemas más importantes. Indudablemente también hay cabida a hacerle cambios en aquellas áreas en donde se encuentren mayores limitaciones.

Posiblemente debería hacerse un esfuerzo importante para codificar, compactar y simplificar el gran arrume de normas en una forma tal que permita un mejor entendimiento por parte de todos los actores y que le de transparencia al funcionamiento del sistema.

Igualmente debe darse prioridad a un gran programa de recursos humanos que parta de un diagnóstico actualizado, que oriente la formación en términos cuantitativos y cualitativos a las necesidades del sistema y que permita la actualización del recurso humano ya existente. Una acción masiva de educación e información del público es igualmente indispensable.

La experiencia vivida nos deja múltiples preguntas que deben ser objeto de investigación. Las siguientes son sólo algunas de ellas:

¿Cuál será el futuro de la red pública?

Los hospitales públicos están pasando por una profunda transformación para adaptarse al nuevo sistema, cambiando su situación jurídica y aprendiendo a funcionar con autonomía administrativa y financiera. Su sistema de financiamiento está cambiando y cada vez son más dependientes de la venta de servicios en forma eficiente para poder sobrevivir.

Para ello deben cambiar su cultura administrativa, modernizar su administración, mejorar sus portafolios de servicios, aprender a mercadear sus servicios y hacerse cada vez más sensibles a las necesidades de su población usuaria. Pero al mismo tiempo es necesario el control del gobierno a fin que los dineros del seguro de salud fluyan hasta los proveedores de servicios y no se queden a nivel de los intermediarios, fenómeno que parece estar sucediendo sin que hasta ahora el gobierno haya encontrado una solución adecuada; así como también se requiere que el Estado fortalezca su infraestructura tecnológica y apoye, asesore y acompañe su transformación administrativa.

¿Los cambios que se están dando en la red pública de hospitales tendrán realmente incidencia en mejorar la productividad, la producción, la eficiencia, la calidad?

¿Cuáles pueden ser los mecanismos más eficientes para controlar las diferentes formas de evasión?

¿Hasta dónde se está logrando los objetivos de equidad, eficiencia, solidaridad, universalidad y calidad?

Esta pregunta contempla una agenda completa de investigación para muchos años y para muchos investigadores en relación con cada uno de los objetivos.

¿Cuál es el nivel de satisfacción de los diferentes proveedores y de los usuarios en relación con los distintas componentes del sistema?

¿La participación ciudadana en la nueva institucionalidad es la que debe ser? ¿se está dando de una manera informada, con participación amplia, en áreas críticas del sistema?

¿Cómo se está dando el proceso de descentralización? ¿cuáles

son sus fortalezas y cuáles sus debilidades? ¿cuáles los principales obstáculos y cuáles son las soluciones que los actores han identificado?

¿Contribuye la descentralización de los servicios de salud a mejorar la equidad de la salud?

LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE LA SALUD Y LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA REFORMA

ASSALUD desde su creación se ha comprometido con la investigación sobre las reformas como una de sus áreas prioritarias y hasta la fecha ha concentrado el grueso de sus investigaciones en proyectos que tratan de aportar elementos para responder a varias de las preguntas planteadas

Entre los realizados se encuentran uno sobre el desarrollo de modelos operativos para el régimen subsidiado a nivel municipal, dos evaluaciones macro del proceso de implantación de la ley, el primero durante el año 95 y el segundo durante el año 96 y una evaluación de las relaciones de las organizaciones comunitarias de salud con la Secretaria de Salud de Bogotá.

Entre los que están en curso en la actualidad, se encuentran proyectos que hacen seguimiento al

(14) Llegaron a ser 32, pero actualmente hay dos en liquidación.

(15) Información suministrada por el Ministerio de Salud.

(16) La selección de proveedores está sin embargo mucho más restringida debido al limitado número de proveedores que cada asegurador ofrece y que obliga a la población de mayores ingresos a optar por seguros complementarios, con lo cual se mantiene la doble tributación. Esta es un área que amerita estudio y búsqueda de soluciones.

proceso de descentralización en salud a nivel municipal, los cuales se orientan a conocer cómo se este dando ésta, a identificar sus fortalezas y debilidades, sus problemas y soluciones.

Un proyecto que está desarrollando y probando una metodología para hacer seguimiento al proceso de cambio de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado desde la perspectiva de la producción, la productividad, la eficiencia, la calidad, la satisfacción de los usuarios y la percep-

ción de sus funcionarios busca aportar un instrumento que permita responder a la pregunta central acerca de los cambios en la red pública Como parte de este proyecto además, se están probando instrumentos para evaluar la satisfacción de los usuarios y para evaluar la calidad de la atención hospitalaria.

Por otra parte, un proyecto que está desarrollando una metodología para el monitoreo sectorial busca aportar una herramienta básica de seguimiento y evaluación

de las políticas sectoriales que permita responder a las preguntas centrales acerca de la equidad, efectividad (eficiencia técnica), eficiencia económica y calidad del sistema.&



BIBLIOGRAFÍA

- Ávila, Néstor. "Historia de las Instituciones de salud en Colombia". Tesis de maestría de administración en salud. U. Javeriana. Bogotá. 1988
- Frenk, Julio. "Dimensions of health system reform" Health Policy. 1994; 27 (1), 19-34
- Giedion, Ursula and Andrea Wullner. *La unidad de pago por capitación y el equilibrio financiero del sistema de salud*. Fedesarrollo. Editorial Guadalupe. Santa Fe de Bogotá. 1996
- Harvard University School of Public Health, Colombia Health Care Reform Project Team. Report on Colombia Health Care Reform and Proposed master implementation plan. Draft final report February 26, 1996. P. 66
- Jaramillo, Iván. *El futuro de la salud en Colombia. La puesta en marcha de la ley 100*. Fescol, Fundación FES, Fundación Restrepo Barco, Fundación Corona Tercera edición Editorial Tercer Mundo. Santa Fe de Bogotá. 1997. Pp.34-143
- Jaramillo Iván, Olano Guillermo y Yepes Francisco José. *La ley 100. Dos años de implementación*. ASSALUD, FESCOL, Fundación Corona, Fundación FES, GTZ. Informes técnicos # 2. Editoria Guadalupe, Santafé de Bogotá, 1998 (en prensa)
- Manrique, A. y Marín, F. Ley 12. *Descentralización administrativa y fiscal*. Serie: Reforma Política No. 3. FESCOL, Procomún Bogotá, Mayo, 1987.
- Medina, Antonio. La transición del sistema, en Sánchez Luz Helena y Yepes Francisco (directores). *Ley 100. Un año de implementación*. ASSALUD. Fundación FES. Informes técnicos # 1. Editorial Guadalupe. Santa Fe de Bogotá, 1997. P. 80
- Molina, Carlos G. and Giedeion, Ursula. "Cuantificación financiera de un sistema de Seguridad Social en Salud" (informe final) FEDESARROLLO. Santa Fe de Bogotá. 1993. Citado en Harvard University
- Quevedo, E. (coordinador) y col. Análisis sociohistónico. En Yepes, Francisco José. (director) *La Salud en Colombia* Estudio Sectorial de Salud Ministerio de Salud Departamento Nacional de Planeación. Ed. Presencia Bogotá. 1990 Tomo I
- República de Colombia Ministerio de Salud. *La carga de la enfermedad en Colombia*. Editorial carrera séptima Ltda Santa Fe de Bogotá, 1994. P. 25.
- Sánchez Luz Helena y Yepes Francisco (directores). *Ley 100. Un año de implementación*. ASSALUD. Fundación FES. Informes técnicos # I. Editorial Guadalupe. Santa Fe de Bogotá, 1997. P. 132
- Vargas, Jorge E y Sarmiento Alfredo. *La descentralización de los servicios de salud en Colombia*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Serie Reformas de política pública 51. Santiago de Chile, 1997. Pg. 41
- Velandia, Freddy (cordinador) y col. Financiamiento. En Yepes, Francisco José. (director) *La Salud en Colombia*. Estudio Sectorial de Salud. Ministerio de Salud. Departamento Nacional de Planeación. Ed. Presencia Bogotá. 1990. Tomo II, P. 87.
- World Bank. Informe sobre el desarrollo mundial, 1997. "El estado en un mundo en transformación". Washington, D.C. 1997.
- Yepes, Francisco José. (director) *La Salud en Colombia*. Estudio Sectorial de Salud Ministerio de Salud. Departamento Nacional de Planeación. Ed. Presencia. Bogotá. 1990. Tomo I. P.60