

Signos vitales del sector salud en Antioquia*

*Jairo Restrepo Z.¹
Verónica Salazar R.¹*

Resumen

La reforma colombiana sobre salud y seguridad social (Ley 100 de 1993) constituye una de las políticas públicas más ambiciosas y complejas, tanto en el contexto de los países de América Latina como en el conjunto de los sectores sociales del país. Es importante conocer los avances, obstáculos y limitaciones que presenta su implementación para extraer conclusiones y enseñanzas que orienten su desarrollo futuro y contribuyan a la formulación de la política sectorial en los países del área. Con estos propósitos se han realizado esfuerzos encaminados a consolidar un observatorio del sistema general de seguridad social en salud, inspirado en los principios de la Ley: universalidad, solidaridad y eficiencia, lo cual se concreta en el seguimiento de variables e indicadores claves.

En este artículo se presenta un resultado de dicho seguimiento, con una metodología básica y algunos resultados para el caso del departamento de Antioquia, los cuales se concentran en los siguientes ítems: recursos públicos, cobertura del aseguramiento, disponibilidad de recursos y cambios en hospitales (financiamiento y planta de personal). Se reiteran las dificultades para alcanzar las principales metas de la Ley 100, en particular la de afiliación total de la población, y se advierten limitaciones estructurales del sistema vigente.

Palabras clave

Economía de la salud, seguridad social en Colombia, Ley 100 de 1993, indicadores.

7

Artículo elaborado con el apoyo del Centro de Investigaciones (CIE) de la Universidad de Antioquia en el marco de un proyecto de análisis económico regional. Después de la realización de estudios de caso sobre monitoreo local de la reforma al sector salud, se adelanta una nueva fase en convenio con la Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

Economistas, investigadores del Centro de Investigaciones Económicas (CIE) de la Universidad de Antioquia.
E-mail jairo@calios.udea.edu.co y vasalazar@agustianos.udea.edu.co

Abstract

The Colombian health and social security reform (Law 100 of 1993) is an ambitious and complex public policy within Latin American countries as well as in Colombian social sectors. To learn about future changes and to help in the design of similar policies for other countries in the region it is important to know the advances and the obstacles in the implementation process of the Law.

According to these purposes an observation program of the general system of social security on health has been developed, which is based on the principles of the law: universality, solidarity and efficiency. The observation program follows closely key variables and indicators of the health sector.

Some results of the observation program are presented in this article, according to a methodology and results pertaining to the case to Antioquia (a Colombian department). The results are based on four indicators: public resources, insurance coverage, resources availability and hospital changes (funding and staff). Difficulties to reach the main goals of the Law 100, specially the total coverage of Colombian population, are pointed as well as structural limits of the actual system.

Key words

Health economics, social security in Colombia, Law 100 of 1993, indicators.

1. Introducción

La reforma colombiana a la seguridad social posee en su concepción algunas características especiales que la diferencian del modelo dominante en América Latina, lo cual puede explicarse en buena medida por la manera como se desarrolló la política desde la conformación de la Asamblea Nacional Constituyente en 1991. A diferencia del resto de países del área, en Colombia la reforma se adoptó en un escenario de estabilidad financiera y económica, y la misma implicó una adición importante de recursos, en particular sobre el ramo de salud, con el propósito de ampliar la cobertura de la seguridad social, especialmente sobre la población pobre y vulnerable.

Además de lo anterior, sobresale en el caso colombiano la pretensión expresa de universalizar el seguro de salud con una cobertura amplia de beneficios, cuando en los demás países continúa la separación entre la seguridad social y la asistencia pública. Por otra parte, se destaca la adopción de un sistema dual en pensiones, con dos regímenes sustitutos y de libre elección para el afiliado: el sistema de reparto a cargo del Instituto de Seguros Sociales (ISS) y el sistema de ahorro individual desarrollado por las administradoras de fondos de pensiones (AFP) de origen privado.

La reforma, consagrada en la Ley 100 de 1993, constituye así una de las políticas públicas más ambiciosas y complejas en que se haya embarcado el país en las últimas décadas y resulta comparable con lo sucedido en el campo de la descentralización, con cuya política posee una fuerte interacción en lo que respecta al sector salud (Ley 60 de 1993). La situación económica y fiscal reciente, al igual que la renovación de la discusión sobre los aspectos vitales de la reforma, muestran de nuevo su complejidad

y dan cuenta de retrasos importantes en su implementación y, posiblemente, en la necesidad de adelantar ajustes o incluso una nueva reforma.

Partiendo de esta premisa, en el CIE se ha querido realizar un seguimiento sobre lo sucedido en el sistema de seguridad social en salud, al mismo tiempo que se consolida una línea de investigación en el área de economía de la salud. El principal esfuerzo, con el cual se busca contribuir a la evaluación y orientación de la política, está constituido por el diseño de una metodología para el monitoreo del sistema en municipios, la cual ha venido siendo aplicada sobre cinco localidades de Antioquia a manera de estudios de caso y ahora comienza a extenderse al resto del departamento; por otra parte, se busca conformar un observatorio del sistema en el cual se capture información regional y nacional.

Como producto de esta investigación permanente, en este artículo se presenta una aproximación sobre los principales aspectos que en Antioquia pueden considerarse para una evaluación de los primeros cinco años de reforma. En la segunda parte se exponen los elementos centrales de la reforma, haciendo énfasis en los cambios de tipo institucional y sus expresiones en Antioquia; en la tercera, se presentan los avances en el departamento, empleando para ello alguna información general disponible y, de manera especial, los resultados obtenidos a partir de los estudios de caso adelantados en el CIE; y en la cuarta, se ofrecen algunas conclusiones relacionadas con las posibilidades y limitaciones de la reforma, al igual que se enuncian algunas líneas de acción para considerarlas en la política pública que se estudia.

2. La transformación institucional del sector salud en Antioquia

La adopción del sistema de seguridad social en salud trajo varias implicaciones para el departamento de Antioquia en cuanto a la organización y el funcionamiento del subsistema público de salud. A continuación se presenta una breve ilustración sobre los principales cambios ocurridos en el marco de las entidades territoriales y de los hospitales públicos; adicionalmente, en el anexo 1 se ofrece una comparación más detallada y esquemática sobre los dos sistemas considerados.

2.1 El sistema de asistencia pública en 1993

El Servicio Seccional de Salud de Antioquia concedía transferencias a organismos públicos y privados que prestaban servicios de salud en los distintos niveles de atención, para garantizar su funcionamiento y permitir su conservación y el crecimiento en términos de infraestructura, uso de tecnología y recurso humano, todo ello con el propósito de asegurar el acceso por parte de la población más pobre del departamento. Las transferencias a los hospitales se efectuaban por dos vías diferentes: por una parte, se hacían giros directos para facilitar el equilibrio en el presupuesto de los hospitales; por otra parte, los hospitales recibían suministros y dotación para su operación y en ellos laboraba otro personal, adicional al que estaba incorporado en su planta de cargos, el cual era pagado directamente por el Servicio Seccional.

El financiamiento de este sistema era posible a través de los recursos presupuestales, los cuales en buena parte correspondían a las transferencias del situado fiscal que el Servicio Seccional recibía de la Nación y de los recaudos regionales de impuestos específicos sobre el consumo (licores, cerveza y loterías).*

En cuanto al funcionamiento de los hospitales y su impacto sobre el acceso de la población, operaba una atención indiscriminada sin importar la condición socioeconómica del usuario, su sitio de residencia ni la protección por parte de la seguridad social. El racionamiento del servicio estaba determinado por las colas y la calidad ofrecida en los diferentes organismos, mientras que el precio para recibir los servicios disponibles no constituía una barrera; se adoptaban tarifas en cada hospital y se diferenciaba su cobro de acuerdo con la clasificación socio-económica que en algunos casos adelantaban profesionales de trabajo social.

Las dificultades que enfrentaba este sistema en todo el país se referían principalmente a cobertura insuficiente, en especial para los grupos excluidos, a la imposibilidad de acceder a un plan de beneficios más amplio e integral (una de las principales carencias eran los medicamentos y las pruebas diagnósticas, así como el tratamiento de patologías complejas), a la aplicación de los recursos sin un patrón de reducción de desigualdades y la falta de estímulos a hospitales y profesionales para trabajar en condiciones de eficiencia. Este sistema ofrecía ventajas importantes para facilitar el acceso universal de la población y se basaba

* Los ingresos del Servicio Seccional en 1993 eran: situado fiscal (42,6%); impuestos a licores, cerveza y loterías, entre las más importantes conocidas como rentas cedidas (40%), y otras rentas (17,4%). Los municipios realizaban gastos en salud que apenas representaban un 2% del gasto total; por último, los hospitales públicos de primer nivel financiaban sus gastos de funcionamiento en una proporción cercana al 80% con recursos de transferencias, principalmente el situado fiscal, mientras las rentas propias no llegaban al 20%.^{1,2}

en un pago a hospitales según presupuesto histórico. Sin embargo, el carácter universalista permitía la atención de personas con capacidad de pago o afiliadas a la seguridad social, sin que se produjera una recuperación de los ingresos correspondientes en los hospitales; además, no se presentaba una correspondencia entre el monto de transferencias y el producto hospitalario y existían carencias importantes para ofrecer atención integral y oportuna, especialmente por falta de medicamentos y materiales.

2.2 El sistema de seguridad social en salud

Con las reformas derivadas de la Constitución de 1991 se produjeron dos transformaciones sustanciales sobre el subsistema público de salud. En un primer momento, siguiendo el esquema ordenado desde 1990 (Ley 10), se adelantó la descentralización territorial con la asunción de competencias, primero por parte del departamento y posteriormente por parte de los municipios*. La distribución de competencias y recursos que ordenaba la Constitución de 1991 fue desarrollada mediante la Ley 60 de 1993 y en ella se estableció, para el caso del sector salud, que los departamentos adhirieran a sus plantas de personal y presupuesto lo que en el momento poseían los servicios seccionales de salud y asumieran las responsabilidades sobre el segundo nivel de atención. En la parte presupuestal, se ordenaba a los departamentos distribuir por lo menos el 50% del situa-

do fiscal entre los municipios para financiar la atención de primer nivel, así como reservar el 10% de estos recursos para realizar actividades de promoción y prevención.

De este modo, el Servicio Seccional se transformó en Dirección Seccional y sus funcionarios pasaron a formar parte del departamento de Antioquia, subsistiendo un manejo presupuestal separado por medio del Fondo Seccional de Salud. Para recibir la certificación del Ministerio de Salud fue necesario demostrar el cumplimiento de ciertos requisitos que serían la garantía para el manejo autónomo de los recursos y la modernización del sector**. Por otra parte, en forma similar se inició el proceso dirigido a todos los municipios para que recibieran el manejo del sector y adelantaran en su territorio una cierta descentralización mediante el reconocimiento de autonomía patrimonial, administrativa y presupuestal a los hospitales.

Cuando este proceso estaba en marcha, fue necesario comenzar su articulación con las disposiciones consagradas en la Ley 100, la cual marcó para algunos una tensión importante con la otra legislación vigente, debido al énfasis puesto por la primera en la demanda, mientras las otras normas mantenían el sistema de asistencia pública y el esquema de subsidios a la oferta³. La consagración del sistema de seguridad social en salud traería consigo una nueva distribución de funciones, siguiendo los criterios de separación y especialización, de manera que las direcciones de salud serían a escala departamental y local los organismos responsables de la

* La municipalización de la salud, en años previos a la puesta en marcha de la legislación de 1993, había ocasionado discrepancias entre el ente departamental y algunos municipios que querían adecuarse al nuevo esquema pero no encontraban voluntad política en el departamento para ceder funciones y recursos.

** Una mirada sobre la manera como se adelantaron los procesos de certificación para el manejo autónomo del sector en las entidades territoriales permite diferenciar entre la descentralización en sentido formal y la descentralización real, de manera que mientras en el primer caso simplemente se cumplen unos requisitos, en algunos casos mediante cartas de intención que demostraban la voluntad política para adelantar el proceso, en el segundo se encuentran casos en los cuales no existe capacidad institucional o recursos suficientes para sostener el esquema descentralizado.

dirección, la vigilancia y el control del sistema, además de disponer lo necesario para la afiliación de la población pobre y mantener su correspondencia con los niveles de atención. Por su parte, los hospitales se transformarían en *empresas sociales del estado* (ESE) y cambiarían su esquema financiero con un predominio de los ingresos por la venta de servicios a los distintos agentes pagadores del nuevo sistema, dentro de los cuales estarían las direcciones territoriales de salud, quienes pagarían por la atención de la población pobre no afiliada (vinculados) y la prestación de servicios del plan de atención básica (PAB).

En este nuevo contexto, con una profunda transformación de los hospitales públicos, aparecen dos agentes comprometidos en la administración del sector: por un lado, los organismos intermediarios denominados *empresas promotoras de salud* (EPS), cuando se trata del régimen contributivo, y las *administradoras del régimen subsidiado* (ARS), para el régimen subsidiado. Estos organismos serían los encargados de administrar los recursos de la capitación recibida por cada uno de sus afiliados para emplearlos en el pago de los servicios correspondientes al plan obligatorio de salud (POS), lo que constituye un logro importante de la reforma, en cuanto la principal debilidad del sistema de asistencia pública era la indefinición del plan de beneficios, así como su carácter insuficiente.

Este nuevo sistema está basado en el seguro de salud, en la competencia regulada entre administradores y prestadores y en la separación y especialización de funciones entre los organismos públicos. La Dirección Seccional se desprende de sus funciones de prestación de servicios y debe abandonar,

durante el período de transición, las transferencias a hospitales y convertir los recursos correspondientes en subsidios a la demanda para afiliar a la población pobre; por su parte, una vez superada la transición, los hospitales modifican completamente su financiamiento con la venta de servicios principalmente a las ARS; además, los beneficiarios del régimen subsidiado reciben los servicios del POS y contribuyen con unos copagos acordes al nivel socioeconómico en el que fueron clasificados mediante el *sistema de identificación y selección de beneficiarios* (SISBEN).

3. Principales resultados en Antioquia

3. Recursos públicos

Como sucedió en el país, en donde se produjo un aumento calculado entre 2 y 3% del producto interno bruto (PIB), los recursos de origen gubernamental para financiar la salud en Antioquia crecieron de manera espectacular, debido en especial a las nuevas fuentes consagradas en la legislación de 1993, presentándose señales de estancamiento y crisis a partir de 1998. De igual modo, se ha venido produciendo un cambio en la composición de estos recursos, con una participación creciente de aquellos destinados a la afiliación de población pobre al régimen subsidiado, un aumento de los ingresos en hospitales por venta de servicios y una reducción en las transferencias que éstos reciben de los entes territoriales.

Aunque no se posee un balance definitivo, para lo cual es necesario contar con un sistema de cuentas de transferencias neto, la

La meta principal de la Ley 100 consiste en tener afiliado al 100% de la población en el año 2000. La transición (1995-2000), está caracterizada por la transformación de los recursos públicos y el aumento en la cobertura del régimen subsidiado. Al inicio de este período la Dirección Seccional operó como EPS transitoria, siguiendo las disposiciones del Decreto 2491 de 1994, de manera que administró todos los recursos del régimen subsidiado mientras se conformaban los intermediarios. Esta experiencia, que pudo convertirse en un régimen permanente, ha sido calificada en el CIE como una oportunidad perdida.

Signos vitales del sector salud en Antioquia

información disponible permite identificar, en primer lugar, un aumento transitorio en los ingresos de la Dirección Seccional, los cuales, desde el punto de vista presupuestal, crecieron en términos reales 2,8% en 1995, 48,7% en 1996 y 4,6% en 1997, y presentaron una reducción de 8,6% en 1998. Ahora bien, si se consulta el comportamiento de los ingresos corrientes y los gastos de funcionamiento, se aprecia un estancamiento para el período considerado a pesar del registro histórico de 1996, cuando los primeros crecieron 38,8% real y luego presentaron reducciones de 23,1% y 31,2% en los dos años siguientes.

El comportamiento que presenta la Dirección Seccional se encuentra explicado, en cuanto al aumento transitorio de recursos, por el hecho de haber actuado como administradora transitoria de los dineros para el régimen subsidiado -Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga) y transferencias de inversión social- durante 1995 y 1996; además, en cuanto a la reducción de ingresos y gastos corrientes es importante considerar, por un lado, la reestructuración adelantada en el organismo con la reducción de su planta administrativa y el traslado del personal asistencial a los hospitales y, por el otro, la crisis fiscal que afrontan los departamentos desde hace varios años y que, provocada por la apertura y el contrabando, se manifiesta especialmente en una reducción de los recaudos por impuestos a los licores, la cerveza y el tabaco.

En segundo lugar, en los municipios pueden evidenciarse los principales aumentos en los recursos para salud y, por consiguiente, en el gasto del sector. La información ofrecida por el Banco de la República en los indicadores del sector público no financiero 1987-1995 muestra el comportamiento del gasto realizado por los gobiernos centrales municipales, sin incluir a Medellín: en 1992

se efectuaron gastos equivalentes a \$ 5.675 millones de 1998, con una reducción del 5,1% con respecto a 1991 y una participación en el gasto total del 0,9%; posteriormente se presentaron aumentos reales del 144% en 1993, 114% en 1994 y 41% en 1995, presentando en este último una participación de 5,2% en el gasto total de los municipios.

Para ilustrar lo sucedido en el nivel municipal se seleccionaron dos casos de los estudiados en el CIE, en los cuales pueden precisarse algunas diferencias en cuanto a la aplicación del nuevo sistema (ver anexo 2). En primer lugar, en un municipio mediano con vocación agroindustrial, en el cual hay mayoría de población urbana y existen algunos establecimientos de industria y comercio que poseen población afiliada al régimen contributivo (municipio A), los recursos públicos tuvieron un crecimiento real de 460% entre 1993 y 1997, pasando de 404 millones de 1998 en el primer año, a 2.284 millones en el segundo, mientras en 1998 cayeron 7,7%.

El aumento de recursos en este caso se vio acompañado por una nueva composición de las distintas fuentes, de manera que mientras en 1993 el 98% de los recursos eran aportados por transferencias nacionales (situado fiscal) y el 2% por aportes del municipio, para 1997 y 1998, con los nuevos recursos creados en la reforma, se tiene la siguiente estructura: situado fiscal y otras transferencias con el 58%, fondo de solidaridad y garantía con 23,5% y recursos municipales con 18,4%.

El otro municipio, considerado para ilustrar la evolución de los recursos públicos (municipio B), es una localidad pequeña caracterizada por una mayoría de población rural y pobre, con actividades agrarias básicamente de subsistencia. En este caso, el crecimiento real entre 1993 y 1997 fue de 368% y en 1998 se presentó una reducción de 6,7%.

Por otra parte, en forma relacionada con la amplia cobertura lograda en el régimen subsidiado (un 70% de toda la población), si bien la composición inicial de los ingresos es muy similar a la presentada en el caso anterior, en la actualidad se observan diferencias que marcarían el grado de avance de los cambios en el financiamiento; la mayor participación la tienen los recursos provenientes del fondo de solidaridad y garantía (50%), mientras la del situado fiscal, a pesar de haber aumentado su monto durante el período considerado, se ubica en el 28% y los recursos municipales ascienden al 22% del total.

3.2 Cobertura de aseguramiento

Los nuevos recursos administrados por el sector público estarían orientados fundamentalmente a la afiliación de población pobre al régimen subsidiado; por otra parte, el aumento de la cotización en el régimen contributivo tendría su correspondencia en la cobertura de la familia del cotizante al ISS y del empleado público, todos los cuales quedarían cubiertos con el esquema de empresas promotoras de salud (EPS). Ambos fenómenos permiten advertir que sería obvio un aumento automático en la cobertura de población con seguro de salud, a partir de lo cual se avanzaría hacia el logro del propósito básico de la Ley 100, esto es, que al finalizar el año 2000 toda la población esté cubierta por el seguro de salud.

La información disponible hasta el momento permite insistir en la imposibilidad de alcanzar esta meta. Por una parte, los avances logrados en cuanto a afiliación al régimen contributivo, en términos de nuevos cotizantes, se agotaron y resulta imposible extender la cobertura hacia sectores informales de la economía y en los casos en los cuales predomina la población rural, de manera que persiste el anclaje de este régimen

sobre la población urbana ocupada en los sectores modernos. Se calcula que en 1998 estuvieron afiliadas en el departamento 2,1 millones de personas, lo que representa el 38,3% de la población total del departamento y el 56,1% del potencial del régimen (ver tabla 1), cifras similares a las nacionales de 35% y 55%, respectivamente.

Por otra parte, la cobertura en el régimen subsidiado también se encuentra estancada luego de avances significativos alcanzados durante 1996 y 1997, con el agravante de que las posibilidades de ampliarla son muy limitadas debido al ajuste fiscal y la crisis que afronta el sector salud. Como puede verse en el tabla 2, al menos el 78,3% de las afiliaciones al régimen subsidiado en Antioquia se encuentran respaldadas por la aparición de los nuevos recursos en 1993, especialmente los provenientes de la subcuenta de solidaridad y garantía que alcanzan el 50,4%, mientras el porcentaje restante proviene de la transformación de recursos orientados anteriormente a las transferencias a hospitales.

Lo anterior puede interpretarse como el estrangulamiento al cual se encuentra sometido el sistema debido a que una ampliación en este régimen ocasionaría efectos negativos sobre la financiación de los hospitales públicos y, al mismo tiempo, sobre la atención de la población vinculada, al reducir los recursos disponibles para este propósito por cuanto sería la única posibilidad de financiar nuevas afiliaciones a través de la transformación de esos recursos, según lo ordenado en la Ley 344 de 1996. Al parecer, el gobierno nacional ha admitido estas dificultades y es así como en su plan de desarrollo se contempla la suspensión de este proceso, medida que podría llevar a un replanteamiento en el esquema actual del régimen subsidiado, el cual ha recibido serios

**Signos vitales
del sector salud en Antioquia**

Tabla 1. Antioquia: cobertura de la seguridad social en salud (afiliados y beneficiarios)

Años	1994	1997	1999
1. Régimen contributivo			
ISS 1.055.895	140.259	882.767	
Otras EPS públicas	64.111	98.758	20.035
EPS privadas		809.983	1.185.548
Subtotal	120.006	2.049.000	2.088.350
2. Régimen subsidiado			
Administradoras (ARS)		1.015.945	1.081.500
Total	120.006	3.064.945	3.169.850
Cobertura (% población)	26,2	58,4	58,2

Fuente: ISS. Dirección Corporativa. *Estadísticas 1994*. Santafé de Bogotá. Superintendencia Nacional de Salud. *Resultados estadísticos y financieros de las EPS*. Cálculos de los autores.

Tabla 2. Población afiliada al régimen subsidiado en Antioquia 1996-1998
(número de beneficiarios por fuente de recurso)

Fuentes de recursos	1996-1997	1998	%
Recursos del Municipio	74.864		
Transformación recursos del Municipio	57.352	134.219	13,2
Ingresos corrientes de la Nación	294.307	283.241	27,9
Subtotal Municipio	426.523	417.460	41,2
Recursos del Departamento	83.480	85.882	8,5
Subtotal Departamento	83.480	85.882	8,5
Fosyga	450.207	456.721	45,0
Cajas de Compensación Familiar (CCF)	53.800	53.800	5,3
Subtotal rec. nacionales de solidaridad	504.007	510.521	50,4
Total	1.014.010	1.013.863	100,0

Fuente: DSSA, Departamento del Régimen Subsidiado.

cuestionamientos en especial por la existencia de intermediarios (ARS).

3.3 Disponibilidad de recursos¹

Los mayores recursos financieros y el nuevo esquema de aseguramiento constituyen parte importante para aumentar el acceso a los servicios. Adicionalmente, bajo la metodología considerada en el CIE, es necesario evaluar lo sucedido con los recursos humanos y técnicos como garantía para facilitar el acceso por parte de la población.

Aunque aún no se posee información consolidada sobre la evolución del recurso humano para la prestación de servicios asistenciales y de promoción y prevención, la revisión de los casos estudiados sugiere un aumento en la disponibilidad de este recurso, principalmente de atención médica (médicos y auxiliares de enfermería) mientras no se habrían presentado cambios notorios en atención odontológica (odontólogo y auxiliar); además, se tiene la hipótesis de un aumento en personal para el apoyo diagnóstico (bacteriólogos y técnicos de radiología) y otras especialidades que complementan la atención médica (psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas).

En cuanto a la inversión realizada por los propios hospitales, lo cual antes era prácticamente imposible, puede advertirse la realización de obras y proyectos en cuantías importantes y referidos a la ampliación en

áreas de hospitalización y otras áreas, adquisición de equipos para el apoyo diagnóstico y procedimientos quirúrgicos, así como remodelaciones generales para acondicionarse a los requisitos mínimos, lo cual incluye la adopción de las normas sobre sismorresistencia.

Estos efectos, derivados directamente de la reforma, constituyen aspectos positivos en cuanto a las facilidades que ofrecen para mejorar las condiciones de acceso por parte de la población. Se espera, en análisis posteriores, evaluar el impacto en cuanto a utilización de servicios.

3.4 Los cambios en hospitales

Financiamiento

En forma coincidente con la evolución de los recursos públicos para salud y teniendo en cuenta muy especialmente la forma de pago adoptada en el régimen subsidiado (capitación) y las nuevas posibilidades para contratar la atención de población del régimen contributivo, los hospitales locales en Antioquia han recibido importantes recursos en los últimos años, básicamente a partir de 1996.

Esto se puede apreciar a través de los estudios de caso, en los cuales se enseña un crecimiento marcado de los recursos financieros de los hospitales. En la figura 1 puede apreciarse lo sucedido en uno de los casos estudiados, cuyo comportamiento es

Este análisis, como el de todo el estudio, comprende exclusivamente lo sucedido en el sector público. Este tema en particular, para obtener resultados consolidados, amerita la búsqueda de información en el sector privado, en el cual también pueden presentarse cambios en las disponibilidades. Puede suponerse que estos son más notorios en la medida en que el municipio adquiere mayor tamaño y es más urbano, de manera que por la dinámica del mercado es más factible la conformación de unidades privadas basadas en la competencia.

Para el análisis sobre el acceso a los servicios de salud, se sigue el esquema planteado por Aday and Andersen 4 cuyos autores diferencian el acceso potencial del acceso realizado. En el primer caso, se indagan por los cambios ocurridos en los factores o condiciones que facilitan la atención, (seguro de salud y oferta de servicios, entre los más relevantes).

**Signos vitales
del sector salud en Antioquia**

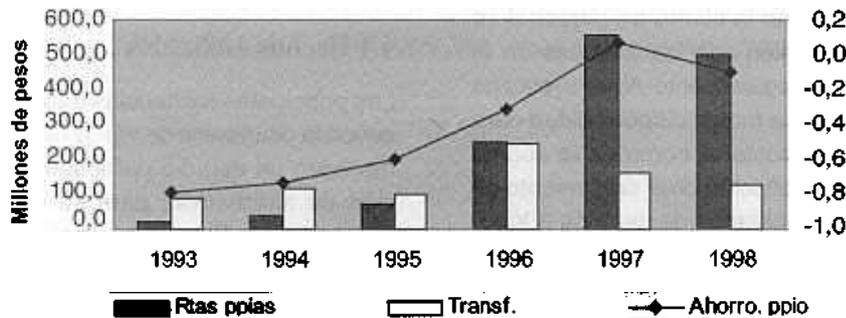


Figura 1. Recursos financieros del hospital 1993-1998 (millones de pesos). Municipio rural pobre

similar en el resto de los hospitales: hasta 1995 existía un estancamiento en los recursos y, a partir de ese año, se produjo un crecimiento sobresaliente en las rentas propias, derivadas de los nuevos contratos, especialmente con las administradoras del régimen subsidiado, al mismo tiempo que las transferencias crecieron en 1996 y retornaron luego a los niveles de años anteriores.

A partir de este comportamiento, el déficit operacional de los hospitales (rentas propias menos gastos corrientes) se redujo en forma notoria y, en general, de mantenerse esa tendencia podría alcanzarse el autofinanciamiento de estos organismos. En el ejemplo de la figura 1, municipio B, el déficit operacional se redujo del 79% de los gastos corrientes en 1993 al 30% en 1996, se alcanzó un superávit de 7% en 1997 y en 1998 se obtuvo un déficit del 12,5%.

El retroceso ocurrido en 1998 constituye una seria advertencia acerca del agotamiento financiero del sistema y es de esperarse que los resultados para 1999 continúen en la misma dirección, debido a la crisis actual y a la congelación del monto de la capitación del régimen subsidiado. El recorrido de la figura 1, que puede convertirse en una campana si

persiste la caída en los ingresos, enseña además la necesidad de emprender ajustes estructurales en los hospitales, buscando una reducción de sus gastos corrientes y para mantener un resultado operacional sostenible.

El aumento de los recursos en los hospitales ha estado acompañado de mayores erogaciones, correspondientes a la incorporación de personal nuevo y a la inversión en planta física y compra de equipo. En general, el nivel de gastos aumentó en términos reales entre 1997 y 1998; por su parte, los gastos de capital cobraron importancia a partir de 1996, representando en este año el 12,5 % de los gastos totales y, en 1997, el 29% de los mismos; esto para el caso del municipio B estudiado en el CIE.

Planta de personal

Los cambios más drásticos, que potencian una mayor producción y dan cuenta en cierta forma de la modalidad de hospital en el nuevo sistema, están referidos al aumento y la nueva composición de la planta de personal. En general, el número de empleados se duplicó en 1996 y todavía registró aumentos en 1997, situación que se frenó en 1998. Los principales cambios se presentaron en la función administrativa y en el grupo de emplea-

dos dedicados a las labores de promoción y prevención (ver tabla 3).

Estos cambios en la planta de personal se relacionan también con los avances de la cobertura del aseguramiento. Aunque esto ha representado una mayor disponibilidad para la atención, se destaca, como ya se sugirió antes, una contribución en el crecimiento de parte de los empleados destinados a labores administrativas, lo cual implicó un aumento de esta nómina como porcentaje sobre los pagos correspondientes al recursos asistencial (*overhead*), desde un promedio del 15% en 1993 a 35% en 1997 (ver tabla 3).

4. Conclusiones: ¿hacia dónde orientar las acciones?

4.1 Hechos estilizados

Las principales tendencias de la reforma enseñan la ocurrencia de varios fenómenos que merecen un estudio particular y la generación de alternativas para su contención o desaparición. En primer lugar, los recursos públicos para el sector crecieron en forma importante, como nunca antes se había visto, y esto anuncia, en el contexto económico y político actual del país, la imposibilidad

Tabla 3. Principales cambios en los hospitales (tres municipios CIE)

Ítem	Municipio		
	A	B	C
Recursos financieros			
Rentas propias 1993-1997 (%)*	62,80	54,50	36,20
Rentas propias 1997-1998 (%)*	23,70	4,80	33,60
Resultado operacional 1993 (% gastos corrientes)	-60,00	-79,00	-64,90
Resultado operacional 1997 (% gastos corrientes)	-20,00	7,00	-36,20
Resultado operacional 1998 (% gastos corrientes)	-23,50	-13,50	-18,00
Inversión 1993 (% gastos totales)	2,00	4,00	7,00
Inversión 1997 (% gastos totales)	9,00	29,00	8,00
Inversión 1998 (% gastos totales)	8,00	17,00	3,00
Planta de personal			
Crecimiento de cargos 1993-1998(%)	77,50	100,00	14,80
Overhead** 1993	0,13	0,12	0,21
Overhead** 1997	0,32	0,32	0,31
Overhead** 1998	0,35	0,38	0,32
Producción de servicios			
Crecimiento 1995-1997(%)	34,00	36,00	56,70

* Tasa real de crecimiento anual.

** Sobrecosto personal administrativo/ personal asistencial.

Fuente: ESE, Hospitales locales. Ejecuciones presupuestales.

de generar recursos nuevos y las dificultades que se tendrán en los próximos años incluso para sostener los niveles alcanzados hasta ahora. En consecuencia, los esfuerzos deben orientarse hacia la racionalización de recursos y ello puede provocar ajustes sobre el sistema, en especial para reducir costos administrativos y mejorar la asignación de recursos entre regiones, entre localidades y entre grupos de población.

En segundo lugar, y en forma coherente con lo anterior, la cobertura en el aseguramiento se encuentra estancada y probablemente se produzcan reducciones, especialmente en el régimen contributivo, por el desempleo creciente y el deterioro en la calidad del empleo. El caso del régimen subsidiado es particularmente importante en Antioquia, en donde se registra una cobertura superior a la nacional, y será muy difícil asegurar su financiamiento en el futuro.

La cobertura también merece ser evaluada en términos de la población atendida y los servicios efectivamente prestados por parte de los proveedores. En el lenguaje oficial, se observa un giro desde el propósito básico de garantizar el acceso a la afiliación al régimen subsidiado, convirtiendo esta acción en un objetivo cuando en realidad se trata de una estrategia para alcanzar aquel propósito.

En tercer lugar, la situación de los hospitales se empeora luego de un período en el cual se produjo una ilusión presupuestaria, que provocó un aumento no sostenible de sus gastos de funcionamiento, gracias a los nuevos recursos provenientes básicamente de la capitación recibida del régimen subsidiado. La situación actual es desfavorable para estos organismos, una vez que la capitación ha sido congelada y los recursos por transferencias se encuentran muy limitados, de manera que deberán emprender ajustes en sus plantas de personal, acordes

además con una eventual competencia por parte de organismos privados.

Y en cuarto lugar, también se anuncian señales de profundización o generación de desigualdades. La cobertura insuficiente a través del aseguramiento deja por fuera al 45% de la población del departamento, dentro de la cual se tienen dificultades para pagar por los servicios de salud, la cobertura ofrecida resulta limitada y el mecanismo de identificación resulta inadecuado.

4.2 Recomendaciones

Para mejorar la situación en el régimen contributivo se requieren acciones importantes que busquen la afiliación de la población descubierta por el plan obligatorio de salud (POS), y que en realidad tiene capacidad de cotizar al sistema, además de garantizar una declaración de ingresos acorde con la realidad económica al igual que la continuidad de todos los afiliados al régimen. Un par de propuestas que merecen consideración, adicionales a la necesidad de hacer efectivos los controles para evitar la evasión y la elusión, se refieren, por una parte, a la promoción de la afiliación de los independientes e informales mediante algún subsidio en la cotización o la vinculación en tal propósito de organismos públicos y privados que tienen injerencia sobre esta población (cooperativas, Federación de Cafeteros, ONG, entre otros); y, por la otra, a resolver el carácter de la medicina prepagada en su relación con el nuevo sistema, de manera que ella pueda ser gravada con algún tipo impositivo para garantizar la solidaridad y propiciar su conversión en los planes complementarios.

Por su parte, en el régimen subsidiado se encuentran las principales decisiones que debe adoptar el nuevo gobierno, toda vez que las medidas de ajuste fiscal hacen muy vulnerable su financiación y algunas de ellas

podrían implicar reformas a la Ley 100 o, en cualquier caso, darle una nueva dirección a su implementación. En especial, es necesario evaluar la pertinencia de las ARS y considerar otras alternativas para el aseguramiento, principalmente en áreas distintas a las grandes ciudades y en donde no operan los supuestos de la competencia y existen barreras al acceso que no resultan superadas con la simple entrega de un carné.

También habrá de revisarse el esquema actual de distribución de recursos, de manera que se decida sobre los mecanismos tendientes a garantizar la equidad y la solidaridad entre regiones, proceso que resultará doloroso en especial en los casos en los cuales se presentaron resultados favorables en los primeros años. Igualmente, merece la atención nacional el plan de beneficios del régimen, de manera que también pueda evaluarse los alcances de su ampliación a más servicios, así como las perspectivas de los hospitales públicos en donde persisten los principales problemas que los agobiaba anteriormente.

La flexibilización del sistema actual, manteniendo vigente sus principios y propósitos esenciales, al igual que el planteamiento de una política dual que permita aplicar la ortodoxia especialmente en la gran ciudad mientras en otros casos se adoptan alternativas diferentes, se puede explorar en los siguientes aspectos:

- *Estrategias para garantizar el acceso en condiciones de eficiencia.* Frente al propósito esencial de alcanzar la cobertura universal, en cuanto a las posibilidades de acceder a los servicios de salud, es necesario admitir modalidades menos onerosas que las actuales, en especial para el caso de municipios medianos y pequeños en áreas rurales. Los costos de transacción derivados de la existencia de intermediarios entre el

asegurador (un fondo público) y el prestador, así como la inoperancia del mercado o los resultados poco satisfactorios de una competencia forzada cuando en condiciones ideales podría operar un monopolio bilateral llaman la atención para que se preparen unas modalidades de contratación entre las direcciones territoriales de salud y los hospitales, de manera que se garantice la atención de la población descubierta (vinculados) al mismo tiempo que se establecen compromisos de gestión.

- *Los límites de la descentralización.* Uno de los costos que también es necesario corregir se refiere a la aplicación indiferenciada del esquema de municipalización de la salud, sin dimensionar la capacidad institucional y la sostenibilidad de la política en cuanto a la cobertura de la población. Sobre el particular se llama la atención para fortalecer el papel subsidiario del departamento, al mismo tiempo que se permita a ciertos municipios asumir la competencia del departamento en cuanto al segundo nivel de atención.

- *Una revisión al modelo de ESE.* Otra ortodoxia que viene implicando costos considerables se refiere a la manera como se concibió la autonomía de los hospitales. Si bien existe acuerdo sobre la necesidad de mejorar la gestión y facilitar mayores grados de libertad para la dirección y administración de estos organismos, el modelo no puede ser único. Un reconocimiento sobre su tamaño, en cuanto al recurso asistencial y el volumen de producción, así como al nivel de complejidad y la población cubierta, permite tipificar algunos aspectos de la gestión para controlar costos fijos, especialmente en relación con el personal administrativo.

Agradecimientos

A los profesores Fernando Tobón A. y Luz Ángela Valencia C. por sus sugerencias.

Referencias

1. Restrepo J. Distribución del situado fiscal de salud en Antioquia. Medellín: Dirección del Servicio Seccional de Salud de Antioquia; 1994. (Documentos Plansalud No. 1).
2. Restrepo J. Financiación de la salud en Antioquia. Medellín: Dirección del Servicio Seccional de Salud de Antioquia; 1994.
3. Kure I. La descentralización: retos para su consolidación. *Planeación y Desarrollo* 1995;26(2):89-130.
4. Andersen R. Revising the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995;36:1-10.

Otras referencias consultadas

Banco de la República. Indicadores del sector público no financiero. 1987-1995. Santafé de Bogotá: Banco de la República; 1996.

Barnum H, Kutzin J. Public hospitals in developing countries: resource use, cost, financing. Baltimore: Banco Mundial; 1993.

Bloom GH. La administración del desarrollo del sector salud: los mercados y la reforma institucional. P. 300-330. En: Colclough C, Manor J. ¿Estados o mercados? El neoliberalismo y el debate sobre las políticas de desarrollo. México: FCE; 1994.

Fundación Corona (1998). *Vía Salud* 1998;4:31.

Colombia. Ministerio de Salud, Escuela de Salud Pública Universidad de Harvard. Report on colombian health reform and proposed master implementation plan. Revised Draft Final Report". Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud; 1996.

Jaramillo I. El futuro de la salud en Colombia, 3ª. ed. Santafé de Bogotá: Tercer Mundo; 1998.

Kronick R. Managed competition in health care. *Decisions in managing economics* 1994;5(1):4-9.

Londoño JL. Estructurando pluralismo en los servicios de salud. La experiencia colombiana. *Rev Análisis Económico* 1996;11(2):37-60.

Ministerio de Salud. La reforma a la seguridad social en salud. Santafé de Bogotá: El Ministerio; 1994.

Restrepo J. La reforma a la salud en Colombia: ¿ejemplo a seguir? En: Ramírez B. Seguridad social: retos y reformas. México: Porrúa; 1999.

Restrepo J. La salud en el Plan Nacional de Desarrollo. *Periódico El Pulso* 1999;6:6-7.

Restrepo J. Monitoreo local de la reforma en el sector salud. *Coyuntura Social*, mayo de 1998.

Vargas J, Sarmiento A. Descentralización de los servicios de educación y salud en Colombia. *Coyuntura Social* 1997;16.

Anexo 1: Comparación de dos sistemas de salud en Colombia (características básicas)

Características	Sistema público 1993	Sistema de aseguramiento	
		Régimen contributivo	Régimen subsidiado
Principales agentes	Minsalud Supersalud Servicios seccionales de salud Hospitales Usuarios	Consejo Nacional de Seguridad Social Minsalud Supersalud Direcciones Territoriales de Salud EPS (empresas promotoras de salud) IPS (inst. prestadoras de servicios) Patronos, afiliados y cotizantes Beneficiarios	Consejo Nacional de Seguridad Social Minsalud Supersalud Direcciones territoriales de salud ARS (admi. régimen subsidiado) IPS (inst. Prestadoras de Servicios) Beneficiarios
2. Población objetivo	Población abierta	Población con capacidad de pago (asalariados e independientes)	Población pobre y vulnerable (niveles 1, 2 y 3 del sistema de identificación y selección de beneficiarios (SISBEN))
3. Afiliación	No	Obligatoria (patrono o independiente en EPS)	Subsidio a la demanda (Estado en ARS)
4. Plan de beneficios	Limitado según disponibilidades	POS (plan obligatorio de salud)	POSS (POS subsidiado). Se iguala al POS de manera progresiva.
5. Financiación	Impuestos generales Impuestos específicos Donaciones Cobros al usuario	Cotización Copagos y cuotas moderadoras	Recursos de solidaridad (Fosyga) Impuestos generales (transferencias) Impuestos específicos Copagos
6. Agente pagador	Estado (subsidios a la oferta) Usuarios	EPS Usuario	ARS Usuario
7. Formas de pago: Hospitales- Médicos	Presupuesto histórico Salario	Pago por servicios Capitación Salario	Pago por servicios Capitación Salario
8. Tarifas	Fijadas por cada hospital	Negociación EPS-IPS	Manual de tarifas SOAT
9. Clasificación de los usuarios para el cobro	Estudio socioeconómico en cada hospital	Nivel salarial	Nivel socioeconómico SISBEN

Anexo 2: Evolución de recursos públicos en dos municipios CIE

Municipio A: centro urbano agro-industrial						
Recursos (millones de 1998)	1993		1997		1998	
	<i>Valor</i>	<i>%</i>	<i>Valor</i>	<i>%</i>	<i>Valor</i>	<i>%</i>
1. Situado fiscal	395,0	97,8	1234,0	54,0	1226,0	58,1
Situado fiscal de oferta	384,0		519,8		470,3	
Régimen Vinculado			348,7		298,8	
Transformación en Demanda			231,1		208,8	
Otras transferencias	11,2		134,8		247,7	
2. Recursos municipales (ICN)	8,9	2,2	410,0	17,9	388,0	18,4
Subsidios a la demanda			246,0		232,8	
Libre inversión	8,9		164,0		155,2	
3. FOSYGA			640,0	28,0	495,0	23,5
Total	404,0		2.284,0		2.109,0	
Recursos de demanda	0,0	0,0	1.465,8	64,2	1.235,4	58,6
Recursos de oferta	404,0	100,0	819,0	35,8	873,0	41,4

Municipio B: comunidad rural pobre						
Recursos (\$ millones de 1998)	1993		1997		1998	
	<i>Valor</i>	<i>%</i>	<i>Valor</i>	<i>%</i>	<i>Valor</i>	<i>%</i>
1. Situado fiscal	252,0	96,8	354,0	29,1	314,0	27,6
Situado fiscal de oferta	235,0		134,1		108,7	
Régimen Vinculado			90,1		81,8	
Transformación en Demanda			15,0		14,4	
Otras transferencias	16,5		114,4		108,9	
2. Recursos municipales (ICN)	8,4	3,2	233,2	19,2	249,0	21,9
Subsidios a la demanda			152,7		148,2	
Libre inversión	8,4		80,5		100,8	
3. FOSYGA			630,0	51,8	572,7	50,4
Total	260,0		1.217,0		1.136,0	
Recursos de demanda	0,0	0,0	887,8	73,0	817,1	72,0
Recursos de oferta	260,0	100,0	329,0	27,0	318,0	28,0