



UNA POLITICA PARA EL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

Proyecto PNUD "Un Plan de Desarrollo Humano
de Largo Plazo para Colombia"

Miguel Urrutia Montoya
Catalina Gutiérrez
FEDESARROLLO

Santafé de Bogotá, Noviembre de 1991

UNA POLITICA PARA EL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

I N D I C E

I.	INTRODUCCION	1
II.	DIAGNOSTICO	4
	A. Importancia del gasto oficial	5
	B. Ineficiencia en la Distribución del Gasto	6
	1. Gasto ineficiente en seguridad social	7
	2. Ineficiencia del gasto en servicios de tipo curativo	10
	3. Ineficientes mecanismos de subsidio	12
	4. Baja cobertura de las familias pobres	13
	5. Falta de mecanismos de control y seguimiento	14
III.	ORGANIZACION Y DESARROLLO DEL SISTEMA DE SALUD	15
	A. Organización de los Servicios	17
	1. Atención de la población no pobre	18
	2. Atención de la Población Pobre	21
	B. El Programa de Salud	23
	1. Primer Nivel de Atención	23
	2. Segundo y Tercer Nivel de atención	26

	ii
IV. CUANTIFICACION DE LAS METAS	28
A. Costos Actuales	28
1. Costo del paquete de servicios de salud básica	29
2. Costos de atención de segundo y tercer nivel	30
B. Proyección de los Costos	30
V. CONCLUSIONES	37
ANEXO No. 1	40

UNA POLITICA PARA EL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

Miguel Urrutia
Catalina Gutiérrez

I. INTRODUCCION

El sector salud en Colombia enfrenta hoy en día un nuevo marco legal, la ley 10 de 1990 y la nueva constitución. Este nuevo marco legal declara la salud como un bien público al cual tienen derecho todos los ciudadanos. El Estado debe garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud, bajo los principios de solidaridad, universalidad y eficiencia. Igualmente le corresponde al Estado organizar y reglamentar la prestación de los servicios de salud.

Para lograr cumplir con las anteriores disposiciones se debe establecer un sistema mixto en el cual el Estado sea el encargado de atender y subsidiar el costo de la salud de aquella parte de la población cuyos ingresos sean insuficientes para pagar por el consumo de los servicios de atención y promoción de la salud, mientras que el resto de la población, aquella cuyos ingresos son suficientes para cubrir el costo de su atención en salud, estará a cargo de los sistemas sociales de seguros o cualquier otro sistema de prepago o pago directo por servicios.

Para lograr mejorar y avanzar en el estado de salud de los colombianos se debe implantar un programa que ponga énfasis en la atención básica, entendida ésta no de la forma tradicional como la

atención con servicios curativos de menor complejidad, sino como aquella que ofrezca toda una gama de servicios que pongan énfasis en la educación en salud, en la promoción de estilos de vida sanos y en la prevención de enfermedades.

La viabilidad y el éxito del desarrollo de un programa de salud de estas características basado en un sistema de atención mixto en el cual el Estado subsidie la salud de la población de menores recursos, depende de dos elementos fundamentales: la disponibilidad y suficiencia de los recursos y la eficiencia del sistema que asegure la prestación de los servicios: de nada sirve que se garantice el acceso a los servicios si estos no se prestan adecuadamente.

Por estas razones, el presente trabajo intenta estimar el costo de un programa de universalización de la atención primaria y que garantice el acceso de toda la población pobre a los tres niveles de atención en salud, bajo un esquema mixto de prestación de servicios. Esboza también los principios generales que deben regir el sistema nacional de salud para lograr prestar un servicio eficiente.

Se espera que para el año 2025 la población colombiana tenga acceso generalizado a los servicios de atención básica, que sea una población educada e informada sobre el cuidado de su propia salud y, adicionalmente, que el subsidio estatal y la prestación de

servicios esté cubriendo el 100% de la población pobre, de manera que ésta esté siendo efectivamente atendida en el campo de la salud.

II. DIAGNOSTICO

Como se explicará posteriormente, en Colombia el gasto en salud no beneficia a la población riesgo: las familias de menores recursos. Además, tiende a concentrarse en la provisión de servicios de tipo curativo en detrimento de los servicios de atención básica presentándose a este nivel las mayores insuficiencias de recursos. Esto hace que el gasto esté orientado de una manera ineficiente, lo cual sumado a la inoperancia administrativa e incapacidad de gestión sobre la cual está montado el sistema nacional de salud limita los resultados obtenidos en el campo de la salud.

En Colombia el gasto total en salud (público y privado) ha oscilado entre el 7% y el 9% del PIB^{1/}, mostrando una tendencia decreciente (La participación del gasto oficial dentro del gasto total se reduce entre un 2% y un 3% del PIB^{2/}). A pesar de que el gasto total como proporción del PIB es similar al de países con mayores niveles de ingreso y superior grado de desarrollo, los resultados en el campo de la salud aún dejan mucho que desear: a excepción de los programas de vacunación que han alcanzado una cobertura de 80% de la población, los demás programas de prevención

1/ Documento CONPES, DNP y Ministerio de salud, "Apertura a la Salud. Lineamientos Plan de Acción 1991-1994. Anexo Estadístico"; (1991).

2/ Op. Cit.

y promoción de la salud solo han logrado coberturas cercanas al 35% de la población^{3/}.

La tasa de mortalidad infantil en Colombia es de 39 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Inglaterra un país que gasta en salud alrededor de 5.8% de su PIB, presenta tasas de mortalidad infantil cercanas a 8.4 por cada 1000 nacidos vivos. En Sri-Lanka, un país cuyo ingreso per-cápita es la mitad del Colombia, la tasa de mortalidad infantil es tan solo de 21 muertes por cada 1000 nacidos vivos.

A. Importancia del gasto oficial

El gasto oficial juega un papel determinante en las condiciones de salud de la población.

El sector privado presta fundamentalmente servicios cuya oferta es lucrativa. Sin embargo, existen servicios de salud para los cuales no se llevan a cabo transacciones entre productores y consumidores, tal el caso de los programas de atención al medio, control de enfermedades tropicales y, en general, la mayoría de las actividades preventivas y educativas. No existen compradores para la educación en salud o la promoción de estilos de vida sanos y por lo tanto éstas son actividades que no van a ser ofrecidas por el sector privado y sin embargo son las actividades que mayor

^{3/} Op. Cit.

incidencia tienen sobre los indicadores de mortalidad y morbilidad general, al presentar externalidades en el consumo. Se hace necesario que el Estado se haga responsable de prestar este tipo de servicios.

Un aumento en la participación del gasto oficial dentro del gasto total en salud podría reducir las desigualdades que se presentan en el acceso a los servicios de salud y aseguraría los recursos necesarios para la prestación de los servicios de promoción, prevención y educación en salud. En efecto, el gasto oficial en salud es una inversión para el desarrollo humano, la sociedad y la economía como un todo se benefician de una población sana y productiva^{4/}.

Sin embargo aumentar la participación del gasto oficial dentro del gasto total en salud no garantiza por sí sola el desarrollo de buenas condiciones de salud; se requiere además que el gasto se distribuya eficientemente.

B. Ineficiencia en la Distribución del Gasto

En Colombia la asignación del gasto oficial en salud es ineficiente. Los siguientes factores, los cuales se explicarán posteriormente, son los más significativos entre los muchos que contribuyen a la ineficiencia en la distribución del gasto oficial:

^{4/} UNDP, "Desarrollo Humano. Informe 1991" (pg 159).

1. Los sistemas de seguros sociales solo cubren al 15% de la población y sin embargo concentran una alta proporción del gasto.
2. El gasto tiende a concentrarse en las instituciones de ~~segundo~~ y tercer nivel. Esto implica que existe una tendencia a poner énfasis en la medicina curativa y no en la preventiva.
3. Los mecanismos de subsidio están dirigidos hacia la oferta de servicios y no hacia la demanda, o la garantía de acceso.
4. Existe una baja cobertura de las poblaciones pobres, las cuales presentan la mayor incidencia de mortalidad y morbilidad.
5. No existe ningún control de calidad de los servicios prestados. Tampoco existen mecanismos de evaluación y control del gasto programado.

1. Gasto ineficiente en seguridad social

El gasto en seguridad social es ineficiente porque no beneficia a las familias de menores recursos además de ser un gasto que se concentra en servicios curativos de segundo y tercer nivel.

Un estudio realizado por Marcelo Selowsky, demuestra que el gasto en salud en Colombia, no beneficia a las familias de menores

recursos^{5/}. Lo anterior se evidencia si se estudia de dónde proceden los recursos destinados a la seguridad social y qué sectores demandan servicios de dichas instituciones.

Una alta proporción del gasto en salud está destinado a las instituciones de seguros sociales. Para 1990, las transferencias del gobierno central por concepto de seguridad social fueron de \$268,260 millones; mientras que el gasto en servicios de salud fue de \$259,259 millones y el gasto en atención primaria solo fue de \$81,873 millones^{6/}.

Sin embargo las instituciones de seguros sociales sólo cubren a los trabajadores del sector formal de la economía, dejando sin cobertura al sector informal y a los trabajadores por cuenta propia y la mayoría del sector rural. En Colombia las instituciones de seguros sociales (ISS, Cajanal, Caprecom etc.) sólo cubren al 15% de la población y sin embargo sí concentran un alto porcentaje del gasto en salud. Los trabajadores por cuenta propia, los campesinos, el sector informal y en general la población de menores ingresos, que es la población que presenta una mayor necesidad de atención en salud, no tiene acceso a los sistemas de seguros por cotizaciones

5/ Selowsky Marcelo; "Who Benefits from Government Expenditure. A case study of Colombia", (1979).

6/ El gasto oficial en salud de \$259,259 es todo el gasto en salud excluido el gasto por transferencias a instituciones de seguridad social. Incluye el gasto en atención primaria de \$81,873.
Fuente: Contraloría General de la República.

a través de los cuales podría garantizarse atención en salud. Las deficientes coberturas presentadas por las instituciones de seguros sociales hace que el gasto en salud que se efectúa a través de ellas tenga un efecto negativo sobre la distribución del ingreso. Efectivamente, los sistemas de cotizaciones representan un costo para las empresas, los cuales, en economías cerradas, se traducen en mayores precios de los bienes de consumo. De esta manera quienes no tienen acceso a los sistemas de seguros sociales están pagando indirectamente el costo de estos vía precios, pero no están recibiendo los beneficios. Aumentar el gasto en este tipo de instituciones es subsidiar la salud de la población menos pobre y perpetuar una mala distribución del ingreso. Es un deber del Estado ejercer un papel redistributivo garantizando salud a la población de menores ingresos.

Podría además argumentarse que las instituciones de seguridad social generalmente cubren demanda de servicios como hospitalizaciones y cirugías, es decir prestan atención de segundo y tercer nivel. Ello, sin embargo, hace que el gasto oficial en este tipo de instituciones sea aún más inefectivo por razones que se explican en el siguiente numeral.

2. Ineficiencia del gasto en servicios de tipo curativo

Existe evidencia de que el aumento en la cobertura de los servicios de tipo curativo no tiene incidencia significativa en la reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad general. En otras palabras, el beneficio marginal de la atención de tipo curativo es muy pequeño.

En efecto, estudios por el National Bureau of Economic Research, han demostrado que la variación en el número de médicos per-cápita y de gastos en servicios médicos en diferentes regiones de Estados Unidos tiene muy poca influencia sobre las tasas de mortalidad^{7/}. Una vez las familias han alcanzado niveles de ingresos suficientes para tener una nutrición adecuada y unas condiciones de vivienda sanas, el aumento en el consumo de servicios de tipo curativo no mejora sustancialmente las condiciones de salud. Lo que sí condiciona el estado de salud son los estilos de vida y el conocimiento de las personas de cómo cuidar su salud, es decir el consumo de servicios de promoción y prevención o atención primaria, los cuales sí tienen efectos considerables sobre los indicadores de mortalidad y morbilidad general: en Colombia los programas de vacunación han logrado reducir las tasas de mortalidad infantil, en Costa Rica se han logrado mejoras sustanciales en los indicadores de salud gracias a

^{7/} Fusch y Grossman, pg 183.

la implantación masiva de servicios de prevención y promoción; entre 1970 y 1980 se desarrollaron en dicho país los programas de salud rural y atención comunitaria, y para el período comprendido entre 1973 y 1980 se estaban alcanzando reducciones en las tasas de mortalidad de 12% anual.

Si el beneficio que obtiene una sociedad por el consumo de un servicio es mayor que el beneficio que obtiene el consumidor individual, el Estado debe promover e incentivar este tipo de consumo. La medicina preventiva es un servicio de estas características. Si no se inmuniza a una persona, ésta puede enfermar y contagiar a toda una comunidad. La deficiente disposición de basuras por parte de una comunidad puede generar focos de infección que afecten a toda una población. El control del crecimiento infantil permitirá el desarrollo de una población sana y evitará una mayor incidencia de enfermedades, que serán más difíciles de tratar y por lo tanto implicarán mayores costos. Es así como el acceso a la atención primaria es un determinante fundamental en las condiciones de salud de la población.

Desafortunadamente en Colombia ha tendido a predominar el gasto en atención de segundo y tercer nivel sobre la atención primaria. Una prueba de ello es que para el período comprendido entre 1968-1990 el 62% de la inversión en salud se concentró en el segundo y tercer nivel, mientras que el primer nivel de atención

sólo contó con un 29% de esta^{8/}. Lo anterior refleja el énfasis que se ha puesto en los servicios curativos sobre los de promoción y prevención. Esto es una tendencia que se debe corregir.

3. Ineficientes mecanismos de subsidio

Los hospitales del sector oficial se financian en gran medida a través de los aportes del gobierno central. A los hospitales se les asigna un presupuesto específico, y las tarifas que cobran pueden ser bajas porque el hospital asume la mayor parte del costo. Este mecanismo de subsidios a la oferta genera ineficiencia por cuanto las instituciones no tienden a competir por sus ingresos. Adicionalmente el sistema de asignación favorece a aquellos hospitales cuyo déficit es mayor, en otras palabras, a los más ineficientes. El resultado es que los hospitales no hacen ningún esfuerzo por controlar la calidad de los servicios prestados o el costo de los mismos.

Debe fomentarse un sistema hospitalario competitivo capaz de prestar servicios eficientes a costos razonables.

^{8/} Fondo Nacional Hospitalario, "Una Respuesta de Fondo", 1991; (pg 118).

4. Baja cobertura de las familias pobres

El Estudio Nacional de Salud realizó una encuesta para determinar la demanda real de servicios de salud y su cobertura. Los resultados de la encuesta muestran que la mayor parte de la demanda insatisfecha se generaba en la población pobre. La misma encuesta encontró que de aquellos que sintieron necesidad de consultar y no lo hicieron, la mitad argumentaron limitaciones económicas. Adicionalmente, el gasto en medicamentos como proporción del gasto en salud es mayor en las familias de menores recursos. Esto puede explicarse parcialmente porque utilizan la automedicación como sustituto de las visitas al médico.

Todo lo anterior lleva a concluir que la baja cobertura de los servicios de salud se presenta en la población pobre. Este es el grupo poblacional de mayor riesgo por las condiciones de vida en las que está inmerso. Se genera aquí una alta incidencia de enfermedades que podrían ser prevenidas. Esta parte de la población recurre a los hospitales cuando ya se encuentra muy enferma aumentando así el costo de la atención.

El gasto oficial en salud debe estar focalizado hacia la población pobre, lo que sí mejora sustancialmente sus condiciones de salud, al tener acceso tanto a la atención básica como a las consultas médicas y a los servicios curativos. Garantizarle a esta

parte de la población unas buenas condiciones de salud es un primer paso para evitar la perpetuación de su pobreza.

5. Falta de mecanismos de control y seguimiento

Asegurar niveles suficientes de gasto no garantiza por sí solo que los servicios prestados tengan una incidencia positiva sobre la salud de la población. Es indispensable que los servicios prestados sean de buena calidad. Por esta razón se hace necesario implantar mecanismos de evaluación y control que no se limiten solamente a comparar el gasto programado con el efectuado al final de cada período, como generalmente se ha venido haciendo en Colombia. Es necesario que el gasto efectuado en los diferentes programas se esté evaluando permanentemente para corregir las deficiencias que puedan presentarse. Además es fundamental que se ejerza un estricto control de calidad de los servicios prestados que beneficie a los consumidores de servicios de salud.

III. ORGANIZACION Y DESARROLLO DEL SISTEMA DE SALUD

Teniendo en cuenta los elementos anteriores se definió, con miras al año 2025, un sistema mixto en el cual el Estado estará encargado de atender la salud de la población que se encuentra por debajo de la línea de pobreza, aproximadamente un 40% de la población total. El resto de la población estaría a cargo de los sistemas de seguros por cotizaciones o cualquier otro mecanismo de prepago o pago directo por servicios.

Se deben implantar programas de salud que pongan énfasis en el primer nivel de atención. Los programas deben ser brindados a través de un sistema de salud eficiente que motive a consumidores y proveedores a racionalizar los recursos y controlar los costos además de garantizar la buena calidad de los servicios prestados.

El Estado, además de garantizar el acceso de la población pobre a todos los servicios de salud, debe asegurar que se brinden todos los servicios que tengan beneficios externos al individuo, como lo son los servicios de prevención, educación e investigación y desarrollo tecnológico en el campo de la salud, ya sea proveyéndolos directamente o mediante contratación.

De esta forma el gasto del gobierno debe concentrarse prioritariamente en cuatro tipos de programas:

1. Brindar atención integral en salud a la población pobre, con énfasis en la atención a los menores y a las madres embarazadas y lactantes.

2. Realizar programas específicos de atención en salud tales como: atención al medio ambiente, control de enfermedades tropicales, información sobre salud etc.

3. Dotación y mantenimiento de una parte de los hospitales del sector oficial. Específicamente los gastos en dotación y mantenimiento asociados a la atención de la población pobre y, sólo a partir del año 2020^{9/}, financiar la construcción de nuevas instalaciones de atención hospitalaria y ambulatoria.

4. Apoyo a la investigación y el desarrollo tecnológico en el campo de la salud. Especialmente la investigación sobre enfermedades típicas del medio ambiente colombiano.

A continuación se explica cómo debe ser el programa de salud y se esbozan los principios generales bajo los cuales se debe organizar la prestación de los servicios.

^{9/} La financiación de la construcción en nuevos hospitales sólo a partir del 2020 se explica posteriormente.

A. Organización de los Servicios

Existe la creencia de que la salud es un bien demasiado esencial para permitir que sea regulado por las leyes de la oferta y la demanda; pero igual de esenciales son la comida y el vestuario. También se argumenta que por presentar externalidades en su consumo debe ser totalmente financiado por el Estado; pero como ya se mencionó esto sólo opera para los servicios de tipo preventivo^{10/}. En cambio, está visto que cuando la oferta de la salud está totalmente regulada y financiada por el Estado, ni compradores ni proveedores tienen incentivos para controlar costos o calidad.

Internacionalmente se ha visto que es difícil garantizar la eficiencia con sistemas de salud en que ni los usuarios ni los médicos u hospitales toman en cuenta los costos, al poder trasladarlos a organismos aseguradores o al Estado, llevando así a una explosión en los costos de salud que comienza a afectar la competitividad de algunas economías. Por estas razones el mercado de los servicios curativos de salud debe ser regulado por las leyes de oferta y demanda. Los mecanismos de subsidios a la oferta sólo generan ineficiencias. Si se quiere garantizar el acceso a la salud a una parte de la población, ya sea porque ésta no tiene los ingresos para acceder a los sistemas de seguros por cotizaciones o a los mecanismos de prepago, como es el caso de un 40% de la

^{10/} The economist; "Health care survey"; julio 6-12 1991.

población colombiana, se debe subsidiar el consumo. En cuanto a los servicios de atención básica y dado que sobre muchos de estos servicios no se llevan a cabo transacciones, además de presentar externalidades en el consumo, el Estado los debe proveer y regular.

Es fundamental que el sistema que se implante para proveer los servicios de salud sea sostenible a largo plazo. Esto resulta especialmente importante para los servicios de salud ofrecidos por el sector de la seguridad social, el cual como se ha visto, tanto en Colombia como en países desarrollados, es propenso a sufrir escaladas incontrolables en los costos.

1. Atención de la población no pobre

La salud de una población es una responsabilidad compartida: no es sólo responsabilidad del Estado, ni tampoco responsabilidad exclusiva del ciudadano.

La mayoría de la población colombiana está en capacidad de pagar por los servicios de salud. Lo anterior se refleja en la alta participación del gasto privado dentro del gasto total en salud. Para 1990 el gasto de los hogares en salud fue de 3.93% del PIB^{11/} (mayor que el del gobierno). Marcelo Selowsky resalta en su estudio que: "Inclusive en los estratos de menores ingresos, la

^{11/} Documento CONFES, DNP, Ministerio de Salud, "apertura a la salud. Anexo estadístico", (1991).

medicina privada representa una parte sustancial del consumo total de servicios de salud. Las visitas al médico en el sector privado representa más de la mitad de las visitas totales tanto para el sector rural como para el sector urbano, incluso en el quintil poblacional más pobre... Lo anterior sugiere que una parte importante del consumo de los servicios de salud se desarrolla fuera del subsistema oficial de salud y del ISS^{12/}.

El gasto en salud de la población no pobre debe ser fundamentalmente de carácter privado.

Los individuos son responsables de desarrollar buenos hábitos, de vida para mantenerse sanos, y de ahorro como mecanismo de protección en caso de imprevistos. El papel del Estado debe ser el de asegurarle a esta parte de la población los instrumentos legales, los mecanismos de mercado, y la información necesaria para que puedan poner en práctica dichos hábitos, además de los espacios y los estímulos para que puedan alcanzarlos. Debe así, incentivar y fomentar los sistemas de prepago pero no subsidiarlos. Las familias no pobres financiarán su consumo de servicios de salud a través de las instituciones de seguros sociales o los sistemas privados de seguros o pago directo por servicios, y estarán en capacidad de escoger la institución y el mecanismo a través del cual desean ser asegurados: esto fomentaría la competencia. Dichas instituciones ofrecerán diferentes paquetes de servicios, cada paquete será prestado por diferentes hospitales, clínicas o centros

^{12/} Selowsky Marcelo, pg 97.

de salud, ya sean del sector oficial, del ISS o del subsistema privado. Si el consumidor tiene la posibilidad de escoger el hospital por el cual desea ser atendido, lo obligará a entrar en un mercado de competencia que fomentará la eficiencia. Un mercado de competencia también tiene la ventaja adicional de promover la especialización de funciones y la contratación de servicios entre las distintas entidades, lo cual evita la duplicación de servicios que ha caracterizado el sistema dual (ISS-sector oficial) que se desarrolló en Colombia.

Desarrollo de los sistemas de prepago^{13/}

En cuanto a los mecanismos de prepago, se deben implantar sistemas en los cuales los consumidores realicen contribuciones periódicas las cuales serán administradas por instituciones financieras con funcionamiento a nivel regional, con carácter privado o mixto, y autosuficiencia financiera. Los habitantes de la localidad que deseen inscribirse al sistema de prepago, escogerán, entre los ofrecidos, el paquete de servicios al cual deseen tener derecho y cancelarán mensualmente una cuota correspondiente al paquete seleccionado. En caso de requerir servicios médicos recurrirán a los hospitales o instituciones de atención médica especificados en el paquete y la entidad financiera cubrirá el porcentaje del costo acordado previamente en dicho paquete. Estas

^{13/} Desarrollado a partir de unas notas preliminares sobre la implantación de mecanismos de prepago en Colombia; Olano Guillermo, 1991.

entidades financieras servirán exclusivamente como intermediarios entre los consumidores de servicios salud y los oferentes de servicios médicos.

2. Atención de la Población Pobre

En cuanto a la atención de la población pobre, ésta debe ser subsidiada por el Estado.

El sistema de subsidio a la población pobre se debe implantar mediante un mecanismo de carnetización. Los individuos que crean tener derecho al subsidio estatal harán una solicitud. El servicio seccional de salud investigará si dicha persona o familia tiene derecho al subsidio tomando en cuenta indicadores como ingreso y calidad de la vivienda. Si cumple con los requisitos se la acreditará con una tarjeta, la cual deberá ser presentada cuando requiera de los servicios médicos.

Dicha tarjeta puede tener un costo mínimo que cubra una parte o la totalidad de los costos administrativos y se renovará cada diez años para minimizar los mismos.

El subsidio debe cubrir una parte del costo total pero no todo. El que los consumidores tengan que pagar una parte del costo racionalizará el consumo, esto es evitará el uso indiscriminado e innecesario de los servicios. Este es el caso de los servicios

curativos. Sin embargo en el caso de las actividades de prevención y educación, servicios que presentan externalidades en su consumo, es deseable que el subsidio cubra el 100% del costo, es decir, que se presten gratuitamente, para fomentar su consumo.

Los hospitales del sector oficial estarán encargados de atender prioritariamente a las personas acreditadas con el carnet.

Se debe asignar un médico por familia, al cual se le paga por personas asignadas y no por consultas, con incentivos adicionales por resultados obtenidos. Las familias tienen el derecho de escoger el médico al cual desean ser asignadas.

Dado que existe una subutilización de la capacidad instalada de los hospitales oficiales, que no desaparecerá hasta el año 2020^{14/}, los hospitales oficiales pueden atender personas no carnetizadas pero el costo de esta atención debe ser financiado con la venta de servicios. De esta manera tendrán que competir con otras instituciones para atraer pacientes.

El Estado sólo financiará directamente la inversión en dotación y mantenimiento de los hospitales, centros y puestos de salud, correspondientes a la atención de la población pobre. El

^{14/} Ver anexo 1: Proyección de la inversión en construcción, dotación y mantenimiento de las instituciones de atención hospitalaria y ambulatoria.

resto de los gastos, tanto de inversión como de funcionamiento, deben ser cubiertos con la venta de servicios.

B. El Programa de Salud

El programa de salud se debe desarrollar alrededor de dos ejes fundamentales: la universalización de la atención básica y la atención integral a la salud de las familias pobres.

La atención básica para la población no pobre corre a cargo del sector privado. La financiación de la misma a cargo de los sistemas de seguros sociales, el pago directo por servicios o cualquier sistema de cotización o prepago.

La atención integral a las familias pobres está a cargo del Estado. Se diferencian dos niveles de atención: atención básica y atención de segundo y tercer nivel. El Estado financiará el 80% del costo de cada paquete y regulará la prestación de los servicios incluidos en los mismos.

1. Primer Nivel de Atención

Como quedó justificado anteriormente, un programa de salud eficiente debe poner énfasis en la atención básica. Para el año 2020 el acceso a la atención básica debe ser universal.

Como ya se dijo, por atención básica se entiende aquí mucho más que los servicios curativos elementales. La atención básica debe ser todo un conjunto de servicios que permitan el desarrollo de una población sana. Antes que garantizar que toda persona enferma pueda ser curada, debe asegurarse que se enferme lo menos posible, es decir que se mantenga sana, para lo cual se requiere que sea educada en cómo cuidar su propia salud y que viva bajo condiciones que le permitan hacerlo.

En general, una vez las familias han alcanzado niveles de ingreso suficientes para garantizarse una buena nutrición y acceso a los servicios de agua y alcantarillado, el determinante fundamental de sus condiciones de salud es el estilo de vida que practiquen y la utilización de servicios preventivos de diagnóstico. Este es el caso de la población no pobre. La salud básica dirigida a esta parte de la población se reduce a programas masivos de información, como campañas de prevención del cáncer, propagandas para desincentivar el uso de drogas, alcohol, cigarrillo, etc. Aquí es donde entra a jugar un papel importante el sector privado, quien debe ser el encargado de desarrollar este tipo de programas de fomento y promoción de estilos de vida sanos.

Sin embargo la población pobre no tiene el nivel de ingreso ni la educación necesaria para desarrollar buenos hábitos de vida. Para esta parte de la población se requiere no sólo proveerle las condiciones de vivienda necesarias para que puedan desarrollar

buenos hábitos de vida, sino además educarlos en el cuidado de su salud y ejercer un control más cercano de su estado.

Para lograr brindarle a la población pobre la salud básica que requiere se definió un paquete de servicios que se resume en el cuadro 1. El paquete no sólo incluye los servicios de prevención y educación en salud, sino que además incluye servicios de consulta general y atención médica delegada, primeros auxilios y el suministro de medicamentos esenciales genéricos. Igualmente incluye servicios de atención hospitalaria sin cirugía y atención de parto. Lo anterior con la intención de superar la concepción tradicional de atención básica y de lograr mejorar sustancialmente las condiciones de salud de las familias pobres a través de un mayor control. Este paquete de servicios se prestará a nivel de hospitales locales, centros y puestos de salud.

Para desarrollar el programa de atención básica a las familias pobres se diferenciaron dos tipos de actividades: las intramurales y las extramurales. Las actividades intramurales son aquellas que se desarrollan dentro de los hospitales locales, centros y puestos de salud. Su función es fundamentalmente de tipo curativo, se refiere a servicios como la hospitalización de baja complejidad, la atención médica ambulatoria y la consulta externa médica y odontológica.

Las actividades extramurales se desarrollan fuera de los hospitales centros y puestos de salud. Mediante este sistema el personal de salud se desplaza a trabajar en contacto directo con las comunidades. El papel de los equipos extramurales de salud es el de realizar actividades de prevención, detección de riesgo y fomento de la salud. Con este programa se pretende disminuir la incidencia de enfermedades prevenibles y detectar aquellos casos que requieran de atención más compleja, remitiéndolos a los centros de salud u hospitales locales.

Los servicios prestados por los equipos extramurales de salud se brindarán a la comunidad de forma totalmente gratuita y su financiación corre a cargo del Estado. El costo de los servicios extramurales gratuitos esta incluido dentro del subsidio estatal del 80% sobre el costo total del paquete de atención básica.

2. Segundo y Tercer Nivel de atención

La atención de segundo y tercer nivel se refiere a servicios de mayor complejidad. Incluye servicios de hospitalización, cirugías, cuidados intensivos y tratamiento de enfermedades crónicas.

La atención de segundo y tercer nivel se podrá garantizar con el fortalecimiento del primer nivel de atención y del sistema de referencias. Este sistema consiste en la remisión de pacientes entre los tres niveles. De esta manera se pretende encontrar un

sistema de selección y clasificación de la demanda, para evitar que enfermedades que puedan ser atendidas en el primer nivel, sean atendidas en hospitales de mayor complejidad incurriendo en costos innecesarios e ineficiencia en la asignación de los recursos.

IV. CUANTIFICACION DE LAS METAS

Como ya se mencionó, se definió que desde 1991 y hasta el año 2025, el Estado debe concentrar su gasto en los siguientes programas:

1. Programa de salud integral a las familia pobres.
2. Programas específicos de atención en salud.
3. Inversión en dotación y mantenimiento de las instituciones de atención ambulatoria y hospitalaria del sector oficial y construcción a partir del año 2020.
4. Programas de investigación y desarrollo en el campo de la salud.

A. Costos Actuales

Se calculó el costo en el que incurrirá el Estado durante los próximos 35 años, para financiar los cuatro programas anteriores.

Para calcular el costo del programa de salud a las familias pobres, se estimó el costo de dos paquetes de servicios: atención básica y atención de segundo y tercer nivel; y luego se proyectó dicho costo hasta el año 2025

1. Costo del paquete de servicios de salud básica

Para el primer nivel de atención se definió un paquete de servicios que se resume en el cuadro número 1. Para este paquete de servicios se encontró un costo total de \$94,903 (pesos de 1991) anuales por familia (ver cuadros 2 al 6), de los cuales al Estado le corresponde subsidiar el 80%, equivalente a \$75,922.

Para efectos de este estudio se definieron como gratuitos los servicios de prevención y educación en salud y la atención de parto normal. El costo de los servicios de prevención y educación en salud a cargo de los equipos extramurales se calculó alrededor de \$12,800 anuales por familia. El costo unitario de la atención de parto se estimó en \$26,573^{15/}, lo cual arroja un costo promedio anual por familia para dicho servicio de \$3,109. Esto implica un componente gratuito de \$15,909 incluido dentro del subsidio del 80%. Queda así un subsidio estatal de aproximadamente 75% para el resto de los servicios de atención primaria.

^{15/} El costo de la atención de parto puede parecer muy bajo. Sin embargo, la atención de parto normal es un servicio que puede ser prestado a nivel de promotoras de salud y centros de salud. Atenderlo en instituciones de niveles de complejidad superiores fomentaría la asignación ineficiente de los recursos además de elevar innecesariamente los costos.

Cuadro 1

MODELO DE ATENCION BASICA

A. REHABILITACION Y CURACION

I. Atención directa:

1. Consultas:

- a) Consulta médica general
- b) Consulta odontológica operativa general (exodoncia y endodoncia uniradical)
- c) Atención médica delegada

2. Hospitalización:

- a) Parto normal
- b) Hospitalización de baja complejidad

3. Primeros auxilios y urgencias básicas

II. Medicamentos esenciales genéricos.

III. Medios diagnósticos:

1. Radiología simple (huesos, abdomen, cráneo, torax y cara)

2. Laboratorio:

- a) Cuadro hemático y clasificación sanguínea
- b) Coprológico
- c) Parcial de orina
- d) Sedimentación

B. PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD

I. Vacunación infantil y embarazada

II. Planificación familiar y educación sexual

III. Control del desarrollo y el crecimiento infantil

IV. Control de parto y detección de riesgo prenatal

V. Diagnóstico precoz de cáncer en seno y útero

VI. Odontología preventiva

VII. Examen de agudeza visual y auditiva.

Cuadro 2
 COSTO PROMEDIO DE LAS CONSULTAS MEDICAS
 Y ODONTOLÓGICA
 1991

Consulta médica	Costo
Salario médico	\$378,052 (1)
Salario auxiliar	\$158,710 (1)
Gastos suministros	\$44,014 (2a)
Gastos generales	\$145,570 (2b)
Total	\$726,346 mensual
Consultas al mes	480 (3)
Costo unitario	\$1,513 (4)
Consulta odontológica	
Salario odontólogo	\$358,294 (1)
Salario auxiliar	\$119,784 (1)
Gastos suministros	\$39,202 (2a)
Gastos generales	\$129,081 (2b)
Total	\$646,361 mensual
Consultas al mes	480 (3)
Costo unitario	\$1,347 (4)
Atención médica delegada	
Salario enfermera	\$158,266 (1)
Gastos suministros	\$12,978 (2a)
Gastos generales	\$42,922 (2b)
Total	\$214,166 mensual
Consultas al mes	480 (3)
Costo unitario	\$446 (4)

Datos: Ministerio de Salud

Y el valor de los servicios personales para algunos hospitales y centros de salud del país.

Fuente: Cálculos Min. Salud.

Los costos de los servicios personales se obtuvieron a partir de una muestra de servicios seccionales y hospitales de país. (promedio mensual)

Fuente: cálculos Min. Salud

(1) El costo de los servicios personales incluye transferencias. Se calculó como promedio mensual, a partir de una muestra de hospitales locales, puestos y centros de salud.

Cálculos: Ministerio de Salud.

(2) El costo de los suministros y los gastos personales se estimó como proporción de los servicios personales, según las siguientes proporciones:

a) Suministros/servicios personales 0.0822

b) Gastos generales/servicios personales 0.2712

Fuente: Análisis Financiero del Sector Salud.

Presupuesto de ingresos y gastos de los servicios seccionales y hospitales, (1991).

(3) Un médico atiende 3 consultas en una hora y 480 consultas al mes.

(4) El costo unitario de las consultas se calculó dividiendo el costo total mensual (suma de los servicios personales, gastos generales y gastos de suministros) por el número de consultas al mes (480).

Cuadro 3

COSTO DE LOS SERVICIOS BASICOS DE APOYO
1991

Servicios básicos de apoyo a las consultas médicas				
	Costo unidad(5)	Ordenes por consulta(6)	Unidades por orden(6)	Costo generado por 2000 habitantes(7)
Farmacia	\$2,050	0.700	1.7	\$12,685,400
Exámenes de laboratorio	\$1,500	0.150	3.6	\$4,212,000
Radiología	\$4,795	0.056	1.1	\$5,026,694
Total				\$21,924,094
Servicios básicos de apoyo a las consultas odontológicas				
	Costo unidad(5)	Ordenes por consulta(6)	Unidades por orden(6)	Costo generado por 2000 habitantes(7)
Farmacia	\$2,050	0.020	1.7	\$125,460
Exámenes de laboratorio	\$1,500	0.005	3.6	\$48,600
Radiología	\$4,795	0.050	1.1	\$1,553,580
Total				\$1,727,640
Costo total de servicios básicos generado por 2000 habitantes				\$23,651,734 (8)

Datos : Min.Salud y Asociación Colombiana de Actuarios

(5) El costo de los servicios básicos de apoyo, se tomó de las tarifas publicadas por el Ministerio de Salud, para la contratación de servicios de salud por parte del ISS con el sector oficial.

(6) Para estimar el costo en el que incurre una familia por concepto de drogas y servicios diagnósticos, se multiplicó el número de órdenes por consulta por el promedio de unidades ordenadas y por el costo unitario de cada servicio, según las tasas de órdenes por consulta y unidades ordenadas calculadas por la Sociedad Colombiana de Actuarios.

(7) El costo generado por 2.000 habitantes, por concepto de servicios de apoyo se calculó a partir de las siguientes tasas:
Consulta médica general: 1.96 consultas anuales por habitante.

Consulta odontológica: 0.9 consultas anuales por habitante.

(8) El costo total generado por 2.000 habitantes por concepto de servicios básicos de apoyo, es la suma del costo total de servicios básicos de la consulta médica y de consulta odontológica.

Cuadro 4

COSTOS TOTALES DE CONSULTAS MEDICA, ODONTOLÓGICA Y DELEGADA
INCLUYENDO SERVICIOS BÁSICOS DE APOYO
1991

Consultas	Costo(9)	Número de	Costo generado por
	unitario	consultas (10)	2000 habitantes
Médica	\$1,513	3940	\$5,962,091
Odontológica	\$1,347	1800	\$2,423,853
At med deleg.	\$445	5200	\$2,314,000
Total consultas			\$10,699,944
Servicios básicos de apoyo			\$23,651,734
Total consulta + servicios básicos de apoyo			\$34,351,678
Costo por persona	\$17,176 (11)		
Personas por hogar	5.2		
Factor utilización	0.8 (12)		
Costo hogar	\$71,451		

Datos : Min.Salud y Asociación Colombiana de Actuarios

(9) Calculado en el Cuadro 2.

(10) El número de consultas generadas por 2.000 habitantes se calculó según las tasas de la nota (7).

(11) El costo por persona se estimó dividiendo el costo total de consultas más servicios básicos de apoyo, por el número de habitantes (2.000).

(12) Al costo anual por hogar se le aplicó un factor de utilización de 0.8.
Datos: Sociedad Colombiana de Actuarios.

Cuadro 5

COSTOS DE HOSPITALIZACION DE BAJA COMPLEJIDAD
1991

	No. de hospitalizaciones(13)	Costo unitario(14)
Atención parto normal. (1.82 días de estancia)(15)	50	\$26,573
Otras hospitalizaciones (6.09 días de estancia)(16)	114.2	\$76,125
Costo total		
Costo por persona:		
Incluido parto	\$5,011	
Factor de utilización	0.9 (17)	
Personas por familia	5.2	
Costo por familia	\$23,452	
Costo por persona		
Sin incluir parto	\$4,347	
Factor de utilización	0.9 (17)	
Personas por familia	5.2	
Costo por familia	\$20,343	

Datos : Min.Salud y Asociación Colombiana de Actuarios

(17) Al costo de hospitalización por hogar se le aplicó un factor de utilización de 0.9.

Fuente: Sociedad Colombiana de Actuarios.

Cuadro 6

COSTOS TOTALES SALUD BASICA FAMILIAR
1991

Costos de consultas y servicios diagnósticos	\$71,451
Costos de hospitalización de baja complejidad:	
Con atención de parto	\$23,452
Sin atención de parto	\$20,343
Costo de la salud por hogar:	
Con atención de parto	\$94,903
Sin atención de parto	\$91,794

2. Costos de atención de segundo y tercer nivel

Para los servicios de atención de segundo y tercer nivel se estimó un costo aproximado de \$36,204^{16/} (pesos de 1991) anuales por familia (cuadro 7) de los cuales al Estado le corresponde financiar el 80% equivalente a \$28,632.

De esta manera el costo total de los dos paquetes alcanza \$131,107 (pesos de 1991) anuales por familia, lo que equivale a \$25,203 anuales por persona. Otras estimaciones del costo de un paquete de servicios destinado a las familias pobres, efectuadas por el Departamento Nacional de Planeación y por el ISS, arrojaron un costo anual por familia de \$56,000 y de \$146,566 respectivamente. El costo calculado en este informe supera el encontrado por planeación y se acerca al resultado del ISS. El costo unitario de cada nivel de atención y el nivel de subsidio otorgado para cada servicio se resumen en los cuadros 8a y 8b.

B. Proyección de los Costos

Para proyectar el gasto en salud básica se calculó el número de familias por debajo de la línea de pobreza para cada año entre 1990 y 2025. Se utilizaron proyecciones de población y dos escenarios de crecimiento económico. El primero supone un crecimiento real del

^{16/} Agudelo Carlos, "Desarrollo del Sistema de Salud"; Documento, (1991), pg 19.

Cuadro 7

COSTO DE ATENCION DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL
HOSPITALIZACION Y CIRUGIA
1991

	Accidentes	Enfermedad	Otros	Cesárea	Total
Tasas de hospitalización (por 1000 hab.)	5.1	30.3	2.91	5.75	
Hospitalizaciones generadas por 4000 habitantes	20.4	121.2	11.64	23	
No. de cuidados intensivos	1.02	6.06	0.582	1.15	
Atención general	19.38	115.14	11.058	21.85	
Días promedio de hospitalización	12.8	8.09	6.48	2.88	
Costo generado por 4000 hab.	\$5,754,249	\$21,607,259	\$1,662,174	\$1,919,718	\$30,943,400

Fuente: Estudio Nacional de Salud

Costos de hospitalización

Cuidados intensivos	\$78,900	día/ cama
Cirugía y medicina	\$19,044	día/ cama
Cesárea	\$20,000	atención

Fuente: Desarrollo del Sistema de Salud.
Carlos A. Agudelo C

Costo por persona	\$7,736	\18
Personas por familia	5.2	
Factor de utilización	0.9	\17
Costo por familia	\$36,204	

(17) Al costo de hospitalización por hogar se le aplicó un factor de utilización de 0.9.

Fuente: Sociedad Colombiana de Actuarios.

(18) El costo por persona de la atención de segundo y tercer nivel se calculó dividiendo el costo total generado por 4.000 habitantes según las tasas de hospitalización y promedios de estancia por 4.000.

PIB de 6% en promedio al año. El segundo escenario corresponde a un crecimiento del PIB de 3.5%. Este último implica un mayor número de pobres para cada año proyectado y por lo tanto un mayor costo.

Para la proyección de los costos se utilizaron los siguientes supuestos:

1. Los costos *unitarios* de los paquetes de servicios de salud (para los tres niveles de atención), crecen por encima de la inflación de acuerdo a los siguientes criterios:

a) Los costos de funcionamiento crecen en la misma proporción que el ingreso per-cápita. Esto bajo el supuesto de que el ingreso real per-cápita y el nivel de salarios del personal de salud crecen paralelamente. Se utilizó un crecimiento promedio del ingreso per-cápita de 4% anual para el escenario de crecimiento económico de 6%. Para el escenario de crecimiento del PIB de 3.5% , se utilizó un crecimiento promedio del ingreso per-cápita de 2% anual.

b) Los costos de inversión en dotación y mantenimiento de las instituciones de atención hospitalaria y ambulatoria crecen por encima de la inflación a una tasa inferior al crecimiento del PIB y superior a la tasa de crecimiento del ingreso per-cápita. Esto se justifica por la incorporación de avances científicos y de nueva tecnología que se espera se genere en el campo de la salud. El resto de los costos de inversión (los de los equipos extramurales y los programas específicos de atención en salud) sólo crecen con el nivel de precios.

Cuadro 8A

COSTOS DE LOS PAQUETES DE SERVICIOS DE
 ATENCION EN SALUD
 pesos de 1991

	COSTO TOTAL	COSTO DEL SUBSIDIO	COSTO PAGADO POR LAS FAMILIAS
Costo anual por familia de los servicios de consultas, medios diagnósticos y medicamentos	58,651	44,558	14,093
Costo anual por familia de la atención de parto normal	3,109	3,109	0
Costo anual por familia de la hospitalización de baja complejidad	20,343	15,455	4,888
Costo anual por familia de los servicios de prevención y educación en salud	12,800	12,800	0
Costo total anual por familia de los servicios de atención básica	94,903	75,922	18,981
Costo total anual por familia de los servicios de atención en el segundo y tercer nivel	36,204	28,963	7,241
COSTO TOTAL POR FAMILIA DE LOS TRES NIVELES	131,107	104,886	26,221
COSTO TOTAL POR PERSONA DE LOS TRES NIVELES	25,213	20,170	5,043

Cuadro BB

SERVICIOS DE SALUD GARANTIZADOS A LAS FAMILIAS POBRES

ATENCION BASICA	Proporción del costo subsidiado
A. Rehabilitación y curación	
I. Atención directa	
1. Consultas:	75%
a) Consulta médica general	75%
b) Consulta odontológica	75%
c) Consulta médica delegada	
2. Hospitalización	
a) Parto normal	100%
b) Hospitalización de baja complejidad	75%
3. Primeros auxilios y urgencias básicas	75%
II. Medicamentos esenciales genéricos	75%
III. Medios diagnósticos:	
1. radiología simple	75%
2. Laboratorio	75%
B. Prevención y Educación en Salud	
I. Vacunación infantil y embarazada	100%
II. Planificación familiar y educación sexual	100%
III. Control del desarrollo y del crecimiento infantil	100%
IV. Control de parto y detección de riesgo prenatal	100%
V. Diagnóstico precóz de cáncer en seno y útero	100%
VI. Odontología preventiva	100%
VII. Examen de agudeza visual y auditiva	100%
SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCION	
A. Servicios de hospitalización y cirugía siempre y cuando el paciente sea referido por el primer nivel	80%
B. Cuidados intensivos	80%
C. Tratamiento de enfermedades crónicas	80%

2. Los costos *totales* crecen con el aumento de los costos unitarios, el tamaño de la población y el aumento en la cobertura de ésta que se alcance en cada año.

3. El costo de la investigación y el desarrollo tecnológico crece con del PIB, representando un 0.11% del mismo.

El costo de la salud integral a las familias pobres, corresponde al subsidio del 80% del costo de los servicios de atención primaria, secundaria y terciaria. Los resultados bajo ambos escenarios se pueden apreciar en el cuadro 9 .

El gasto en este programa tiene la mayor participación dentro del costo total. Para 1990 representa el 45% del costo total y alcanza, en el año 2025 una participación de 80% dentro del costo total.

El costo de los programas específicos de atención en salud, tales como programas de vacunación, control de enfermedades tropicales y atención al medio, se proyectó a partir de la población que actualmente cubren estos programas y el costo de los mismos. Se calculó el costo de un punto porcentual de cobertura de la población, y se proyectó el aumento de estos costos con el aumento de las coberturas y del tamaño de la población. Los resultados de estas proyecciones bajo ambos escenarios se pueden ver en el cuadro 10. Este programa presenta una participación decreciente dentro del costo total. En 1990 contribuye con el 14%

Cuadro 9

PROYECCIONES DEL COSTO TOTAL DEL PROGRAMA DE SALUD PARA LAS FAMILIAS POBRES.
Escenario de crecimiento promedio del PIB: 3.5% anual
(1990-2025)
(millones de pesos constantes)

Supuestos(1)	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Poblacion cubierta	15%	60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hogares por debajo de la línea de pobreza	2,542,093	2,709,168	2,806,439	2,876,651	2,880,466	2,845,831	2,776,692	2,671,195
COSTO ATENCION PRIMARIA								
INVERSION(2)								
Acciones extramurales	1,900	1,500	1,555	1,555	1,555	1,555	1,555	1,555
FUNCIONAMIENTO(3)								
Salud familiar	21,022	126,851	250,596	283,600	313,533	342,004	368,426	391,317
Maternidad	1,125	7,241	13,472	12,308	12,676	12,978	13,217	13,296
2 y 3 nivel	8,614	51,980	102,687	116,211	128,477	140,143	150,970	160,350
Subtotal	30,762	186,072	366,756	412,120	454,686	495,124	532,613	564,963
TOTAL	32,662	187,572	368,310	413,675	456,240	496,679	534,167	566,518

PROYECCIONES DEL COSTO TOTAL DEL PROGRAMA DE SALUD PARA LAS FAMILIAS POBRES.
Escenario de crecimiento promedio del PIB: 6% anual
(1990-2025)
(millones de pesos constantes)

Supuestos(1)	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Población cubierta	15%	60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hogares por debajo de la línea de pobreza	2,542,093	2,659,489	2,698,251	2,701,345	2,648,452	2,552,038	2,416,286	2,240,299
COSTO ATENCION PRIMARIA								
INVERSION(2)								
Acciones extramurales	1,900	1,500	1,555	1,555	1,555	1,555	1,555	1,555
FUNCIONAMIENTO(3)								
Salud familiar	21,022	137,221	292,572	356,367	425,085	498,354	574,071	647,575
Maternidad	1,125	7,833	15,729	15,466	17,186	18,910	20,594	22,003
2 y 3 nivel	8,614	56,229	119,888	146,029	174,188	204,211	235,238	265,358
Subtotal	30,762	201,284	428,189	517,862	616,459	721,475	829,903	934,935
TOTAL	32,662	202,784	429,743	519,417	618,013	723,030	831,458	936,490

- (1) Se espera alcanzar una cobertura total de la población pobre en el 2000. La cobertura del 100% no se busca antes porque no sería financiable.
- (2) Los costos de inversión corresponden a equipo y capacitación del personal. Según estimativos del DNP estos costos alcanzan \$1,900 millones. Crecen con el nivel general de precios.
- (3) Los costos de funcionamiento corresponden al subsidio del 80% del costo de los dos paquetes de servicios de atención a la salud de las familias pobres. Crecen, por encima del nivel general de precios, a la misma tasa que el ingreso per-cápita (2% anual).
- (4) Los costos de funcionamiento corresponden al subsidio del 80% del costo de los dos paquetes de servicios de atención a la salud de las familias pobres. Crecen, por encima del nivel general de precios, a la misma tasa que el ingreso per-cápita (4% anual).

NOTA: Calculado en el Cuadro 2.

PROYECCIONES DEL COSTO TOTAL DE LOS PROGRAMAS ESPECIFICOS DE ATENCION EN PRIMER NIVEL.

Escenario de crecimiento promedio del PIB: 6% anual

(1990-2025)

(millones de pesos de 1990)

Supuestos(1):	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Población cubierta	15%	60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Cobertura programas	68%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hogares por debajo de la línea de pobreza	2,542,093	2,709,168	2,806,439	2,876,651	2,880,466	2,845,831	2,776,692	2,671,195
PROGRAMAS EN ATENCION PRIMARIA								
INVERSION(2)								
Enfermedad tropical	3,999	6,258	6,719	6,887	6,896	6,813	6,647	6,395
Vacunaciones	900	1,199	1,287	1,319	1,321	1,305	1,274	1,225
Otros	1,017	1,592	1,709	1,752	1,754	1,733	1,691	1,627
Medicamentos	700	1,095	1,176	1,205	1,207	1,193	1,164	1,119
Medios masivos de información y educación	350	350	363	363	363	363	363	363
Subtotal	6,966	10,494	11,254	11,526	11,541	11,406	11,138	10,729
FUNCIONAMIENTO(3)								
Enfermedades tropicales	3,656	6,317	7,488	8,474	9,368	10,219	9,970	10,590
TOTAL	10,622	16,811	18,741	20,000	20,909	21,625	21,108	21,319

PROYECCIONES DEL COSTO TOTAL DE LOS PROGRAMAS DE LOS PROGRAMAS ESPECIFICOS DE ATENCION EN EL PRIMER NIVEL.(7)

Escenario de crecimiento promedio del PIB: 6% anual

(1990-2025)

(millones de pesos de 1990)

Supuestos(1):	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Población cubierta	15%	60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Cobertura programas	68%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hogares por debajo de la línea de pobreza	2,542,093	2,659,489	2,698,251	2,701,345	2,648,452	2,552,038	2,416,286	2,240,295
PROGRAMAS EN ATENCION PRIMARIA								
INVERSION(2)								
Enfermedad tropical	3,999	6,143	6,460	6,467	6,340	6,110	5,785	5,363
Vacunaciones	900	1,177	1,238	1,239	1,215	1,170	1,108	1,027
Otros	1,017	1,563	1,643	1,645	1,613	1,554	1,471	1,364
Medicamentos	700	1,075	1,131	1,132	1,110	1,069	1,013	939
Medios masivos de información y educación	350	350	363	363	363	363	363	363
Subtotal	6,966	10,308	10,834	10,846	10,640	10,266	9,739	9,057
FUNCIONAMIENTO(3)								
Enfermedades tropicales	3,656	6,833	8,742	10,648	12,701	14,890	14,098	15,903
TOTAL	10,622	17,142	19,575	21,493	23,341	25,156	23,838	24,960

(1) Se espera alcanzar una cobertura total de la población pobre en el 2000. La cobertura del 100% no se busca antes porque no sería financiable.

(2) Los costos de inversión de los programas específicos se estimaron según los costos actuales de dichos programas y la población que actualmente cubren. (Fuente: DNP). Estos costos crecen con la ampliación de la cobertura, el tamaño de la población y el nivel general de precios.

(3) Los costos de funcionamiento de los programas específicos están incluidos dentro del programa de salud integral a las familias pobres, a excepción de los costos de funcionamiento del programa de control de enfermedades tropicales, por corresponder estos costos a la remuneración de personal no médico. Los costos de funcionamiento crecen por encima del nivel de precios a la misma tasa que el ingreso cápita: 2% anual bajo el escenario de crecimiento del PIB de 3.5% y 4% anual para el escenario de crecimiento del PIB de 6%.

del costo total mientras que para el año 2025 su contribución se reduce a un 2.2% del mismo.

El costo de la inversión en construcción, dotación y mantenimiento se puede apreciar en el cuadro 11. Para la proyección de estos costos se tuvo en cuenta que en Colombia existe una subutilización de la capacidad instalada, de manera que no hay que hacer inversión en la construcción de nuevos hospitales hasta el año 2020. Además dado el sistema que se definió para efectos de este trabajo, el gobierno sólo cubrirá el gasto en dotación y mantenimiento de las instituciones oficiales en proporción al número de pobres que sean atendidos por estas entidades. El procedimiento detallado de esta proyección se encuentra en el anexo 1. Este programa presenta una participación decreciente en el costo total decreciente entre los años 1990 y 2025 al reducir su participación de 7% a 1.45%. A partir del 2020 y dado que en este año comienza la construcción en nuevos hospitales, su participación dentro del costo total aumenta a 1.95%

En cuanto al costo de la investigación y el desarrollo tecnológico este se proyectó como proporción del PIB, según la meta sugerida por Naciones Unidas^{17/}. Dicha meta establece que los países de América Latina deberían destinar, por lo menos, un 1% del PIB en investigación y desarrollo. Actualmente en Colombia este

^{17/} "Las condiciones de salud en las Américas 1990", OPS-OMS, pg 312.

PROYECCIONES DEL COSTO TOTAL DE LA DOTACION Y EL MANTENIMIENTO DE LAS
INSTITUCIONES DE ATENCION HOSPITALARIA Y AMBULATORIA.(1)

Escenario de crecimiento promedio del PIB: 3.5% anual (millones de pesos de 1990)
(1990-2025)

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Población por debajo de la línea de pobreza	13,218,886	14,087,672	14,593,485	14,958,584	14,978,425	14,798,323	14,438,796	13,890,212
Población total	32,978,785	36,181,730	39,397,403	42,559,316	45,721,677	48,722,925	51,595,143	54,256,594
% de pobres sobre PT	40.08%	38.94%	37.04%	35.15%	32.76%	30.37%	27.98%	25.60%
INVERSION								
Dotación, adecuación y mantenimiento de instituciones de primer nivel.	4,184	4,850	5,827	6,756	7,831	9,079	15,787	18,750
Dotación, adecuación y mantenimiento de instituciones de segundo y tercer nivel	8,883	10,297	12,371	14,342	16,626	19,274	28,601	33,968
TOTAL	13,066	15,148	18,199	21,097	24,458	28,353	44,388	52,719
Costo correspondiente a población pobre.†	5,237	5,898	6,741	7,415	8,012	8,612	12,422	13,497

PROYECCIONES DEL COSTO TOTAL DE LA DOTACION Y EL MANTENIMIENTO DE LAS
INSTITUCIONES DE ATENCION HOSPITALARIA Y AMBULATORIA.(1)

Escenario de crecimiento promedio del PIB: 6% anual (millones de pesos de 1990)
(1990-2025)

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Población por debajo de la línea de pobreza	13,218,886	13,829,342	14,030,907	14,046,992	13,771,952	13,270,599	12,564,688	11,649,553
Población total	32,978,785	36,181,730	39,397,403	42,559,316	45,721,677	48,722,925	51,595,143	54,256,594
% de pobres sobre PT	40.08%	38.22%	35.61%	33.01%	30.12%	27.24%	24.35%	21.47%
INVERSION								
Dotación, adecuación y mantenimiento de instituciones de primer nivel.	4,184	5,340	7,063	9,014	11,505	14,684	28,111	37,618
Dotación, adecuación y mantenimiento de instituciones de segundo y tercer nivel	8,883	11,337	14,995	19,138	24,425	31,173	50,926	68,150
TOTAL	13,066	16,676	22,058	28,152	35,930	45,857	79,036	105,768
Costo correspondiente a población pobre.†	5,237	6,374	7,856	9,292	10,823	12,490	19,247	22,710

† De todo el costo en dotación y mantenimiento, el estado sólo cubre la parte que corresponde a la atención de la población pobre. El porcentaje que cubre el estado es equivalente a la relación entre el número de pobres y la población total.

(1) La proyección del costo de dotación construcción y mantenimiento de instituciones de atención hospitalaria y ambulatoria se explican mas detalladamente en el anexo 1.

Los costos de infraestructura(construcción, dotación y mantenimiento) crecen con el PIB.

Nota: El aumento en el costo de la dotación y el mantenimiento para los periodos 2020 y 2025 se debe a que dichos costos incluyen la construcción de nuevas instituciones. (Para mayores detalles ver anexo 1)

gasto sólo alcanza un 0.8% del PIB^{18/}. Para determinar qué proporción de este gasto debe corresponder al campo de la salud se realizaron comparaciones internacionales. Se definió que por lo menos un 11% del gasto total en investigación y desarrollo se debe realizar en el campo de la salud. De esta manera el gasto en investigación y desarrollo se proyectó como un 0.11% del PIB. Los resultados de estas proyecciones se pueden apreciar bajo ambos escenarios de crecimiento económico en el cuadro 12.

La participación del costo de la investigación y el desarrollo tecnológico dentro del costo total presenta una tendencia levemente creciente. Para 1995 responde por un 11% del costo total y se aumenta hasta el 2025 contribuyendo con un 15% del costo total.

Las participaciones de cada programa dentro del costo total se pueden apreciar en la gráfica 1.

Los costos totales, es decir sumados los de salud integral a las familias pobres, los programas específicos de atención en salud, los costos de inversión en dotación y mantenimiento y los costos en investigación, pueden apreciarse bajo ambos escenarios en el cuadro 13.

^{18/} "La salud en Colombia", (1990), pg 512.

PROYECCIONES DEL COSTO EN INVESTIGACION Y DESARROLLO EN EL CAMPO DE LA SALUD
(Millones de pesos de 1990)

		Escenario de crecimiento de 6%							
		1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025
PIB proyectado		20,654,240	27,640,166	36,988,777	49,499,327	66,241,266	88,645,757	118,628,019	158,751,049
Costo Proyectado(1)		22,720	30,404	40,688	54,449	72,865	97,510	130,491	174,626
Costo Proyectado		22,720	30,404	42,167	56,429	75,515	101,056	135,236	180,976
		Escenario de crecimiento de 3.5%							
		1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025
PIB proyectado		20,654,340	24,530,876	29,134,986	34,603,224	41,097,775	48,811,265	57,972,471	68,853,110
Costo Proyectado(1)		22,720	26,984	32,048	38,064	45,208	53,692	63,770	75,738
Costo Proyectado		22,720	26,984	33,214	39,448	46,851	55,645	66,089	78,493

(1) El costo en investigación y desarrollo tecnológico en salud se proyectó como proporción del PIB, se estimó que este costo debe alcanzar por lo menos un 0.11% del PIB

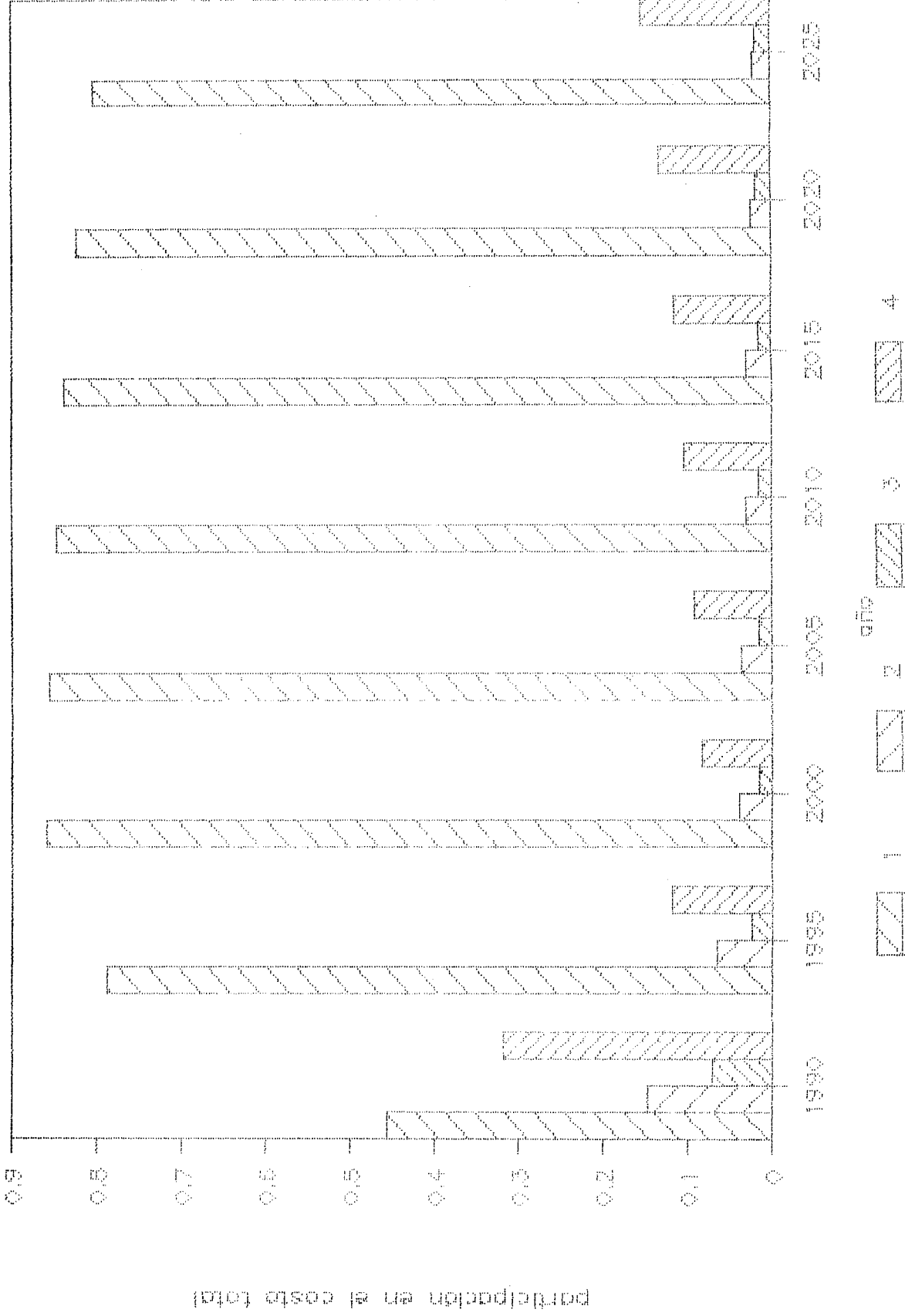
NOTA: Al costo anual por hogar se le aplicó un factor de utilización de 0.8

Datos: Sociedad Colombiana de Actuarios.

GRAFICA 1

COSTO DE LOS CUATRO PROGRAMAS

PARTICIPACION EN EL COSTO TOTAL



1. Salud para las familias pobres

2. Programas específicos

3. Dotación y mantenimiento

4. Investigación y desarrollo

PROYECCION DEL COSTO TOTAL DE BRINDAR SALUD A LA POBLACION
 POR DEBAJO DE LA LINEA DE POBREZA
 Escenario de crecimiento promedio del PIB: 3.5% anual
 (1990-1925)

	1990*	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025
(millones de pesos de 1990)								
SALUD INTEGRAL A FAMILIAS	32,662	187,572	368,310	413,675	456,240	496,679	534,167	566,518
PROGRAMAS ESPECIALES	10,622	16,811	18,741	20,000	20,909	21,625	21,108	21,319
DOTACION Y MANTENIMIENTO	5,237	5,898	6,741	7,415	8,012	8,612	12,422	13,497
INVESTIGACION	22,720	26,984	33,213	39,448	46,852	55,644	66,089	78,492
TOTAL	71,242	237,265	427,006	480,538	532,013	582,560	633,787	679,825
GASTO PROYECTADO	186,000	225,251	274,504	329,433	395,863	476,306	573,827	692,184

PROYECCION DEL COSTO TOTAL DE BRINDAR SALUD A LA POBLACION
 POR DEBAJO DE LA LINEA DE POBREZA
 Escenario de crecimiento promedio del PIB: 6% anual
 (1990-1925)

	1990*	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025
(millones de pesos de 1990)								
SALUD INTEGRAL A FAMILIAS	32,662	202,784	429,743	519,417	618,013	723,030	831,458	936,490
PROGRAMAS ESPECIALES	10,622	17,142	19,575	21,493	23,341	25,156	23,838	24,960
DOTACION Y MANTENIMIENTO	5,237	6,374	7,856	9,292	10,823	12,490	19,247	22,710
INVESTIGACION	22,720	30,404	42,168	56,429	75,515	101,056	135,236	180,976
TOTAL	71,242	256,703	499,343	606,631	727,692	861,732	1,009,779	1,165,135
GASTO PROYECTADO	186,000	254,567	346,171	470,076	639,242	870,523	1,187,271	1,621,757

* Nota: El gasto de 1990 es un gasto hipotético y no corresponde al gasto realmente efectuado en este año en dichos programas.

NOTA: El número de hospitalizaciones generadas por 2.000 habitantes se calculó según las siguientes tasas: 25 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes.

57.1 egresos hospitalarios por cada 1.000 habitantes.

Para estimar la viabilidad de un gasto concentrado en los cuatro programas, se estimó el costo real proyectado y se calculó cuál sería su participación dentro del PIB. Sorprendentemente el gasto real alcanza su máxima participación dentro del PIB entre los años 2000 y 2005, reduciéndose a partir de este año. (cuadros 14A y 14B). Para el año 2025 el costo total representa un 0.95% del PIB, bajo el escenario de menor crecimiento, y 0.71% para un crecimiento económico promedio de 6% anual (gráfica 3).

A manera de ejercicio se proyectó el gasto oficial en salud suponiendo que la relación entre el gasto en salud y el gasto total se mantiene y que el gasto total crece en la misma proporción en la que crecen los ingresos. Esto es equivalente a suponer que se seguirá gastando en salud la misma proporción de los ingresos totales (gráfica 2).

Las proyecciones de costo conjunto de los cuatro tipos de programas como proporción del gasto proyectado, aumenta entre el año 1990 y el 2000 y a partir de este año disminuye hasta el 2025. Efectivamente, bajo el escenario de crecimiento de 3.5%, el costo total para el año 2000 alcanza a ser un 155% del gasto proyectado, mientras que para el 2025 representa un 98% del mismo. El comportamiento bajo el escenario de crecimiento de 6% es similar, pues mientras que en el año 2000 el costo total representa un 144% del gasto proyectado, en el año 2025 solo es un 71% del mismo. El aumento del costo entre el año 1990 y el 2000 se explica porque en

Cuadro 14A

FINANCIACION Y VIABILIDAD DEL GASTO EN SALUD
 Escenario de crecimiento promedio del PIB: 3.5% anual
 (1990-1925)

	PROPORCION DEL GASTO PROYECTADO					(millones de pesos constantes)				
	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025		
Costo Total (1)	71,242	237,265	427,006	480,538	532,013	582,560	633,787	679,825		
Gasto proyectado(2)	186,000	225,251	274,504	329,433	395,863	476,306	573,827	692,184		
Costo total estimado como proporcion del gasto proyectado	38.30%	105.33%	155.56%	145.87%	134.39%	122.31%	110.45%	98.21%		
	PROPORCION DEL PIB PROYECTADO					(millones de pesos constantes)				
	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025		
Costo total real(1)	71,242	237,265	412,023	463,677	513,346	562,119	611,548	655,972		
PIB proyectado	20,654,340	24,530,876	29,134,986	34,603,224	41,097,775	48,811,265	57,972,471	68,853,110		
Costo total estimado como Proporcion del PIB proyectado	0.34%	0.97%	1.41%	1.34%	1.23%	1.15%	1.05%	0.95%		

(1) Ver cuadro número 13

(2) según cálculos Fedesarrollo. Bajo el supuesto de que la proporción del gasto en salud sobre el gasto total se mantiene y de que el gasto crece en la misma proporción que los ingresos.

NOTA: El costo unitario de los servicios de hospitalización se estimó según las tarifas publicadas por el ministerio de Salud mencionadas en la nota (5), teniendo en cuenta el promedio de días de estancia por hospitalización.

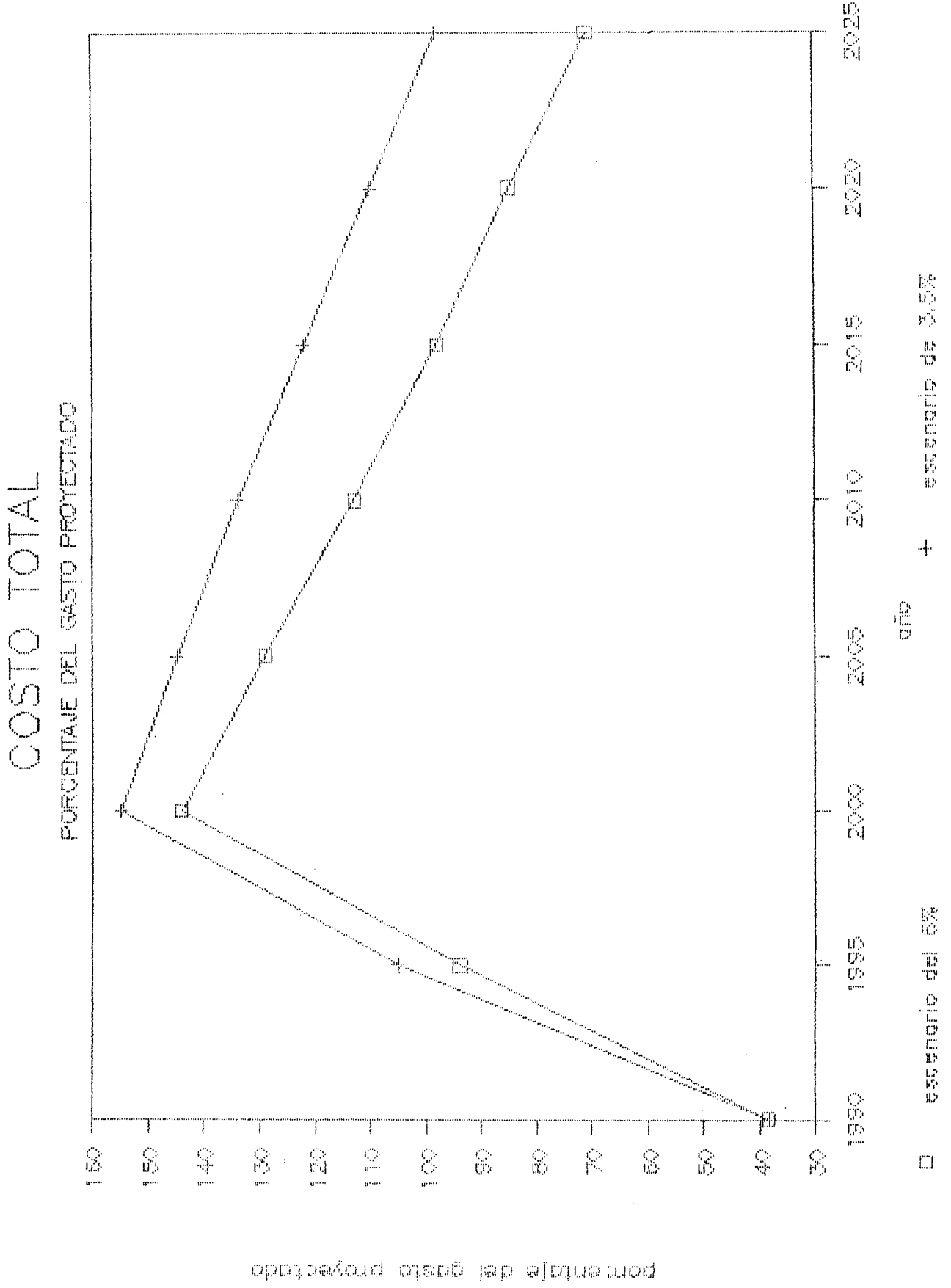
FINANCIACION DEL GASTO EN SALUD (1990-2025)
 Escenario de crecimiento promedio del PIB: 6% anual (millones de pesos constantes)

		PROPORCION DEL GASTO PROYECTADO							
		1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Costo total(1)		71,242	256,704	499,342	606,631	727,692	861,732	1,009,779	1,165,135
Gasto proyectado(2)		186,000	254,567	346,171	470,076	639,242	870,523	1,187,271	1,621,757
Costo total estimado como proporción del gasto proyectado		38.30%	100.84%	144.25%	129.05%	113.84%	98.99%	85.05%	71.84%
		PROPORCION DEL PIB PROYECTADO							
		1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Costo total real(1)		71,242	256,704	481,821	585,346	702,159	831,496	974,348	1,124,253
PIB proyectado		20,654,340	27,640,166	36,988,777	49,499,327	66,241,266	88,645,757	118,628,019	158,751,049
Costo total estimado como proporción del PIB proyectado		0.34%	0.93%	1.30%	1.18%	1.06%	0.94%	0.82%	0.71%

(1) Ver cuadro número 13

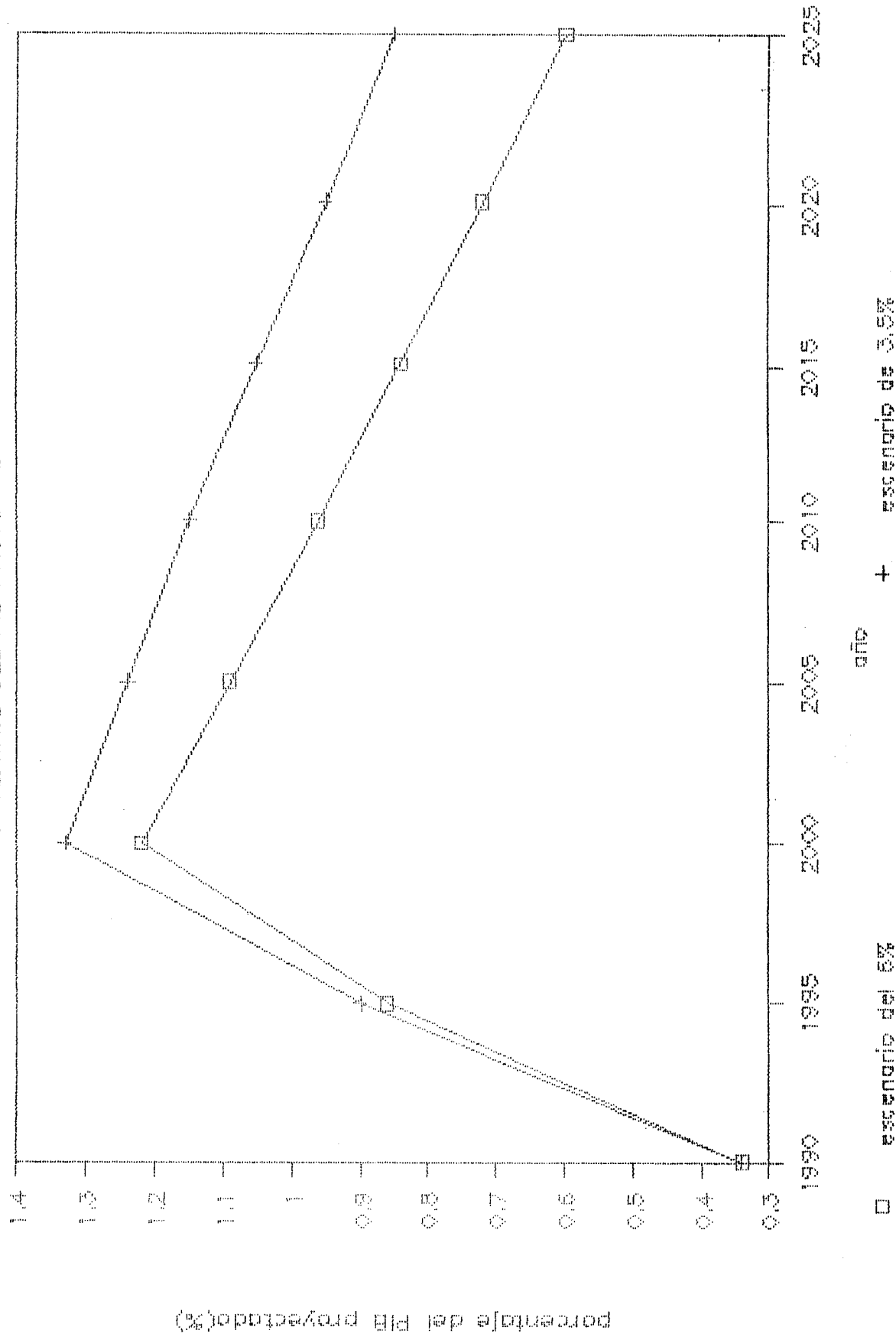
(2) Según cálculos Fedesarrollo. Bajo el supuesto de que la proporción del gasto en salud sobre el gasto total se mantiene y de que el gasto crece en la misma proporción que los ingresos.

GRAFICA 2



GRAFICA 3

COSTO TOTAL
PORCENTAJE DEL PIB PROYECTADO



este período no sólo está aumentando la población pobre sino que además aumenta la proporción de ésta que se logra cubrir con los programas (la cobertura pasa de 15% de la población en 1990 a 100% de la población en el año 2000). A partir del año 2000 el costo total como proporción del gasto proyectado comienza a disminuir debido a que el crecimiento de la población pobre es menor al crecimiento de los gastos proyectados. A partir del año 2010 la relación costo/gasto comienza a disminuir más rápidamente debido a la disminución en el tamaño de la población pobre. Para el período comprendido entre el 2000 y el 2010 el gasto proyectado es menor que el costo total, lo cual indica que se requerirían recursos adicionales para financiar el proyecto. Esto es especialmente cierto para el año 2005 en el cual sería necesario aumentar el gasto proyectado en un 55% y un 45% para los escenarios de crecimiento de 3.5% anual y 6% anual respectivamente.

V. CONCLUSIONES

Los resultados anteriores sugieren que un proyecto como éste es viable. Pero se requeriría una redistribución del gasto asignado a salud además de un gasto adicional en algunos de los años proyectados.

Lo sorprendente de este resultado es la tendencia decreciente del costo total como proporción del PIB y del gasto proyectado. Actualmente la participación del gasto oficial en el PIB se sitúa alrededor del 3%, es decir que inclusive en el año en el cual el costo total alcanza su mayor participación dentro del PIB, ésta es inferior a la participación del gasto oficial actual. Lo anterior sugiere que un proyecto como este es viable.

Igualmente, el costo conjunto de los cuatro programas es una proporción decreciente del gasto proyectado a partir del año 2000. Esto implica que si se siguiera gastando la misma proporción de los ingresos en salud, quedarían recursos disponibles para desarrollar programas diferentes a los cuatro definidos aquí como prioritarios. Bajo el escenario de crecimiento de 3.5% comenzarían a quedar recursos exedentes entre los años 2020 y 2025. Para el escenario de crecimiento de 6% esto sería cierto a partir de año 2015.

El Estado colombiano está en la capacidad de proveer servicios de salud a la población. Las actuales deficiencias en este campo se

deben a ineficiencias en el manejo y la distribución de los recursos, más que a la insuficiencia de estos.

En la política para el sector salud aquí presentada, el subsidio estatal queda sólo reducido a la población por debajo de la línea de pobreza. Es esperable que el rápido desarrollo tecnológico que caracteriza al sector salud, provoque aumentos considerables en los costos de los servicios, lo cual amenazaría la viabilidad y el acceso de la población de menores ingresos localizada por encima de la línea de pobreza. Para esta parte de la población podría hacerse necesario un pequeño subsidio estatal canalizado a través de los sistemas de prepago y posibles con los recursos exedentes de los últimos años. El acelerado desarrollo tecnológico generador de aumentos tanto en calidad como en costos, provocará un aumento en la demanda de seguros de salud, cuyo impacto debe ser cuidadosamente estudiado. La viabilidad del gasto privado bajo este sistema dependerá de los mecanismos que se desarrollen para financiarlo y de la capacidad de dichos mecanismos de forzar tanto a los usuarios como a los consumidores de los servicios de salud, a controlar costos.

La reestructuración del sistema de salud sugerido aquí implicará también una reorganización en la estructura del personal médico. El énfasis que se plantea en la atención primaria y la mayor utilización de los hospitales locales y puestos de salud requiere un aumento en el número de médicos y enfermeras localizado

en las áreas rurales. Adicionalmente, implica una reducción en la proporción entre médicos especialistas y médicos generales, lo cual requiere una reorientación en la formación de los recursos humanos del sector. Se hace necesario además capacitar personal en el manejo, administración y uso racional de los recursos y la infraestructura.

La política de salud propuesta en este documento es financieramente viable. Además de la disponibilidad de recursos, es necesaria la voluntad política para llevarlo a cabo y el empeño que el personal del sector ponga para realizar el cambio.

ANEXO No. 1

**PROYECCION DE LA INVERSION EN CONSTRUCCION, DOTACION Y
MANTENIMIENTO DE INSTITUCIONES DE ATENCION HOSPITALARIA
Y AMBULATORIA**

El sistema de salud está diseñado para que los hospitales universitarios atiendan entre el 5% y el 10% de los egresos totales, los hospitales regionales resuelvan entre el 15% y el 25% de los casos y los hospitales locales atiendan aproximadamente el 80% de todos los egresos nacionales. En la actualidad este sistema de distribución de la atención no se está cumpliendo. Adicionalmente hay una subutilización de la capacidad instalada especialmente en el primer nivel de atención, como se puede apreciar en el siguiente cuadro.

PORCENTAJES DE OCUPACION Y EGRESOS HOSPITALARIOS POR
TIPO DE HOSPITAL-1989-

Tipo de Hospital	% de utilización de la capacidad instalada	% de egresos atendidos sobre el total de egresos
LOCAL	41.15%	48%
REGIONAL	59.4%	37%
UNIVERSITARIO	73.4%	15%

Población estimada para 1989: 32,334,183.
Egresos generados en 1989: 1,869,000.

Fuente: Análisis financiero del sector salud 1989.

Para proyectar la inversión en infraestructura en instituciones de atención hospitalaria y ambulatoria, se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Antes que construir nuevos hospitales debe aumentarse la utilización de la capacidad instalada por lo menos hasta alcanzar un 80% de utilización de la misma.

2. Se consideró necesario hacer una redistribución en la proporción de egresos atendidos por cada nivel, para que se adapten más al diseño organizacional del sistema de salud.

De esta manera 10% de los egresos deben ser atendidos en los hospitales universitarios, 30% en los hospitales regionales y 60% en los hospitales locales.

Metodología.

1. Se estimó el número de egresos necesarios para lograr una ocupación de 80% de la capacidad instalada en los hospitales universitarios y se calculó el total nacional de egresos requeridos para que los egresos de este nivel representaran el 10%.

En 1989 la ocupación de los hospitales universitarios fue de 73.4%. En este nivel se registraron el 15% de los egresos totales, o sea un total de 280,350. Para aumentar la utilización al 80% se requieren 307,232 egresos. Para que estos representen el 10% de los

egresos totales, se requiere un total de 3,072,320 egresos a nivel nacional.

2. A nivel regional 757,839 egresos (0.37 del total) generan un nivel de ocupación de 59.4% luego la utilización del 80% se alcanza con 931,292 egresos. Estos representan un 30% de los 3,072,320 estimados en el numeral anterior.

3. Queda un 59.1% de los egresos que debe ser atendido en el primer nivel. Esto equivale a 1,834,175 egresos, los cuales generan una ocupación de 84% de la capacidad instalada en las instituciones de primer nivel.

NUMERO DE EGRESOS REQUERIDOS PARA
ALCANZAR UNA UTILIZACION DE 80%
DE CAPACIDAD INSTALADA.

H. Universitario	307,232
H. Regional	931,292
H. local	1,834,175
Total	3,072,320

4. Se calculó la población necesaria para generar los 3,072,320 egresos que implicarían una utilización de 80% de la capacidad instalada, (según dos tasas de hospitalización) y el año en que dicha población se alcanzaría. Los resultados se resumen en el siguiente cuadro.

 POBLACION REQUERIDA SEGUN TASAS DE HOSPITALIZACION
 PARA ALCANZAR UNA UTILIZACION DE
 80% DE LA CAPACIDAD INSTALADA.

TASA DE HOSPITALIZACION (por 1000 habitantes)	POBLACION REQUERIDA	AÑO EN QUE SE ALCANZA DICHA POBLACION
61.3	50,365,901	2015-2020
57.4	53,524,738	2020-2025

 Nota: El cálculo se hizo según dos tasas de hospitalización:
 61.3 egresos por cada mil habitantes (según el ministerio de
 salud).
 57.4 egresos por mil habitantes (según el Estudio Nacional de
 Salud).

A partir de los cálculos anteriores se determinó que hasta el año 2020 no es necesario realizar inversión en construcción de nuevas instituciones. Lo que sí es necesario es la adecuación y dotación de las ya existentes. Por esta razón se proyectó el costo de adecuar, mantener y dotar las instituciones de atención hospitalaria y ambulatoria. A partir del año 2020 se proyecta también la construcción de nuevas instituciones, para cubrir el aumento de la población.

La inversión en infraestructura en Colombia ha tenido dos etapas. La primera de ellas entre 1970 y 1985, la cual se caracterizó por un acelerado crecimiento de la construcción de nuevos hospitales y centros de salud, muchos de ellos no se lograron terminar o no se pudieron dotar adecuadamente. A partir

de 1986 y hasta 1989 el Fondo Nacional Hospitalario suspendió la construcción de nuevos hospitales y se concentró en la dotación de los hospitales ya construidos y en la terminación de las obras inconclusas. Para este período el gasto en dotación superó el gasto en infraestructura. Para 1990 el gasto en dotación se reduce de nuevo. La construcción permanece constante mientras que los gastos de mantenimiento superan lo gastado en los cuatro años anteriores.

 COSTO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DEL PRIMER NIVEL
 DE ATENCION SEGUN TIPO DE PROYECTO.
 (miles de pesos 1990)

ACTIVIDAD	DISPENSARIO	PUESTO DE SALUD	CENTRO DE SALUD	HOSPITAL LOCAL
CONSTRUCCION	900	6,000	15,000	105,000
DOTACION	600	6,000	25,000	160,000
MANTENIMIENTO	114	960	3,400	22,300
TOTAL	1,614	12,960	43,400	287,300

 FUENTE: Fondo Nacional Hospitalario.

En promedio (ponderado según el número de instituciones por tipo), el costo de dotación y mantenimiento representa el 51% del costo total en infraestructura para las instituciones de primer nivel.

Para las instituciones de segundo y tercer nivel el costo de dotación y mantenimiento es aproximadamente un 72.8% del gasto total en infraestructura a este nivel⁽¹⁹⁾

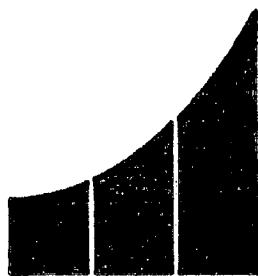
¹⁹. Fondo Nacional Hospitalario, (1991). pg. 116

A partir de la información anterior se proyectó el rubro de inversión en infraestructura para los tres niveles de atención.

Para efectos de este trabajo, dado que es innecesaria la inversión en nueva infraestructura se utilizó el gasto efectuado en 1990 por cuanto el gasto en años anteriores esta afectado por programas de intensificación en construcción (1970-85) o de dotación (1986-89). El gasto efectuado en 1990 tiene un menor componente de dotación a hospitales nuevos o construcción de nuevas instituciones.

En el caso de las instituciones de primer nivel se tomó el 51% del gasto efectuado en construcción, dotación y mantenimiento de estas instituciones en 1990. (dado que este es el porcentaje que se estima se gasta solo en mantenimiento y dotación)

Para las instituciones de segundo tercer nivel se tomó el 72.8% del gasto en inversión efectuado en este nivel en 1990.



FEDESARROLLO

FUNDACION PARA LA EDUCACION SUPERIOR Y EL DESARROLLO

FEDESARROLLO es una entidad colombiana, sin ánimo de lucro dedicada a promover el adelanto científico y cultural y la educación superior, orientándolos hacia el desarrollo económico y social del país.

Para el cumplimiento de sus objetivos, adelantará directamente o con la colaboración de universidades y centros académicos, proyectos de investigación sobre problemas de interés nacional.

Entre los temas de investigación que han sido considerados de alta prioridad están la planeación económica y social, el diseño de una política industrial para Colombia, las implicaciones del crecimiento demográfico, el proceso de integración latinoamericana, el desarrollo urbano y la formulación de una política petrolera para el país.

FEDESARROLLO se propone además crear una conciencia dentro de la comunidad acerca de la necesidad de apoyar a las Universidades colombianas con el fin de elevar su nivel académico y permitirles desempeñar el papel que les corresponde en la modernización de nuestra sociedad.