

Resultados de la implementación del régimen subsidiado¹

Ana Beatriz Barona C.²
Beatriz Plaza D.

I. Introducción

Este artículo analiza el proceso de implementación del Régimen Subsidiado en Colombia, con el fin de identificar los principales problemas que se han presentado y que pueden impedir la consecución de los objetivos planteados por la Ley 100. El análisis se desarrolla principalmente a partir de los resultados de 16 estudios de caso, así como de una serie de entrevistas con los principales actores institucionales de la reforma. Adicionalmente, se revisó gran parte de la literatura empírica que existe sobre la Reforma del Sistema de Salud.

Encontramos que existen grandes fallas en la implementación del Régimen Subsidiado, las cuales están afectando el desarrollo del Sistema e impidiendo que los afiliados tengan un acceso real a los servicios de salud. Se identifica como la principal causa de esta situación la débil ges-

tión en la aplicación de los lineamientos establecidos por la reforma. No es la estructura de la ley, ni los mecanismos que esta creó para alcanzar sus objetivos los que están fallando, sino la capacidad institucional para llevar a cabo dichas transformaciones.

El trabajo se divide en cuatro secciones. La primera, es esta introducción. La segunda sección describe brevemente los principales cambios que introduce la Ley 100 con la creación del Régimen Subsidiado de Salud. En la tercera sección, se analiza el proceso de aplicación del Régimen Subsidiado: en primer lugar, se presentan los principales resultados de las entrevistas a los actores institucionales de la Reforma, donde se puede apreciar la percepción de éstos sobre la estructura de la ley 100 y los mecanismos que establece, y su opinión sobre diferentes aspectos presentes en el desarrollo actual del régimen subsidiado.

¹ Este artículo se basa en el estudio "Afiliación de la Población Pobre al Sistema de Seguridad Social en Salud: El Caso Colombiano" Beatriz Plaza, Ana Beatriz Barona y Nelcy Paredes (asesora), mimeografía preparada por Fedesarrollo para el Naadir, la Fundación Corona y Planeación Nacional.

² Investigadoras de Fedesarrollo.

En segundo lugar, a través de los resultados de los 16 estudios de caso, se exponen los principales logros y dificultades que se han presentado durante el proceso de implementación local del régimen subsidiado. Lo más importante de este ejercicio, además de permitir un acercamiento al funcionamiento local de la reforma, es que por medio de él se logra captar la percepción que los actores locales tienen sobre el Nuevo Sistema. Finalmente, en la cuarta sección, se presentan las conclusiones.

II. La Ley 100 y el Régimen Subsidiado

La ley 100, enmarca una serie de estrategias y mecanismos que buscan lograr 4 objetivos principales: aumentar la cobertura, la eficiencia, la equidad y la calidad de los servicios de salud. La Reforma establece dos regímenes: el Contributivo al cual pertenecen las personas con capacidad de pago, y el Subsidiado, que contempla a la población de bajos recursos económicos.

Bajo el anterior sistema de salud el alto costo de los servicios apareció como el principal obstáculo para el acceso³ de la población más pobre a los servicios de salud (Encuesta Nacional de Hogares 1992)⁴. Esto evidenció la ineficacia de los subsidios de oferta, recibidos directamente por los hospitales públicos, como mecanismo para brindar los servicios de salud a la población sin capacidad de pago. La ley 100 busca combatir

esta situación al cambiar el esquema de entrega de subsidios a los hospitales por uno de demanda, donde las personas sin capacidad de pago son cubiertas directamente por un seguro de salud subsidiado.

En general, la posición de las personas pobres dentro del nuevo sistema de salud cambia radicalmente. Tienen un derecho establecido por el seguro obligatorio con el cual pueden acceder a los servicios del Plan Obligatorio de Salud. Tienen la capacidad de exigir ante una entidad concreta que los representa, la ARS, la cual recibe un pago por afiliarlos y deben pagar por los servicios que le presten a sus afiliados. Tienen un contacto continuo y directo con los servicios de salud por medio de las actividades de promoción y prevención. Y especialmente, ahora la población pobre no es atendida por caridad sino que paga, por medio de un subsidio directo, los servicios que recibe. En cierta forma, el seguro le da una "capacidad de pago" indirecta para el acceso a los servicios de salud.

Por otra parte, el nuevo Sistema de Salud promueve la competencia entre agentes (esquema de competencia regulada) en dos instancias del sistema: las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y los Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). El objetivo detrás de esta estructura es estimular la eficiencia y crear mecanismos de control para que agentes internos al sistema vigilen y exijan un buen desempeño de las entidades.

³ "Acceso puede ser definido como aquellas dimensiones que describen la entrada potencial y real de un grupo determinado de población al sistema de entrega de servicios" (Adey, Andersen y Fleming:1980). De una manera mas concreta, el acceso de la población a los servicios de salud son las condiciones que determinan el uso de los servicios de salud en el momento en que se necesite, es decir si existe las condiciones para que en caso de enfermedad, la persona afiliada reciba la atención necesaria.

⁴ Uno de cada cuatro colombianos que se sintieron enfermos en 1992 no pudo acceder a los servicios de salud, principalmente por incapacidad de pago.

REGIMEN SUBSIDIADO

Etapas en el proceso de implementación

Desde el punto de vista institucional en el proceso de implementación del régimen subsidiado se pueden distinguir dos etapas: la primera se inicia aún antes de la aprobación de la ley 100 y se extiende hasta la vigencia del régimen de transición que se estableció con el decreto 2491 de 1994, es decir hasta diciembre de 1995. La segunda etapa es a partir de la vigencia del decreto 2357 de diciembre 1995.

Primera etapa: Las direcciones territoriales de salud EPS-transitorias

A partir de la expedición del decreto 2491 en diciembre de 1994 las autoridades de salud departamental y municipal comenzaron a ejercer las funciones de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) hasta diciembre de 1995. Durante dicho período estas entidades realizaron la identificación de la población pobre, su afiliación e incorporación al nuevo sistema de seguridad social y la administración y el manejo de los recursos destinados al subsidio.

Algunos analistas del sector dicen que este fue el golpe más duro dado a la eficiencia: las direcciones de salud no estaban en capacidad de asumir y ejecutar las nuevas funciones técnicas y administrativas. Esto creó más confusión por cuanto se mezclaron las funciones de aseguramiento y financiación con las funciones de prestación directa de las actividades de salud pública. Ante la urgencia de realizar las de aseguramiento, tales direcciones descuidaron las de vigilancia y control de epidemias que era la única función que debían garantizar.

Otros analistas respaldan la medida por el exceso de liquidez en la cuenta de solidaridad del Fosyga y en los presupuestos municipales por los recursos no ejecutados que estaban destinados a financiar el régimen subsidiado. La cuenta de solidaridad acumuló durante los años 1994 y 1995 cifras del orden de US\$80 millones anuales y los municipios en sus transferencias de obligatoria destinación al régimen subsidiado estaban acumulando recursos del orden de US\$120 millones anuales (Jaramillo, 1997). El decreto también declaró que no se habían organizado aún las EPS suficientes y capaces para el manejo de ese volumen de recursos y era necesario encontrar un mecanismo de transferencia directa a los hospitales lo cual significó, para muchos expertos, mantener un sistema disfrazado de subsidios a la oferta.

En este mismo tiempo el gobierno central estaba concentrando la mayor parte de sus esfuerzos en generar mayores recursos para los hospitales públicos cediendo a las presiones sindicales en la búsqueda de paz laboral por la cual impuso la afiliación a través de las EPS- Transitorias de tal manera que fueran las Direcciones Seccionales las que recibieran los recursos porque ello facilitaría su traslado directo a los hospitales. Tal vez una de las cosas más benéficas del régimen de transición fue la obligación de los hospitales públicos para desarrollar sistemas de facturación incluyendo el 100% de los servicios prestados aunque no se estaba incentivando la conversión de esas instituciones en Empresas Sociales del Estado.

Segunda etapa: el decreto 2357 de 1995

La segunda etapa en la implementación del régimen subsidiado comienza con la vigencia del decreto 2357 de diciembre 1995 por medio del cual se reglamenta la libre elección de ARS y se establecen los requisitos que deben tener las entidades que desearan participar en el régimen subsidiado para la administración del subsidio de salud (Ministerio de Salud, ABC del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud, 1997).

El avance fundamental se produjo en la definición legal de las Administradoras del Régimen Subsidiado -ARS- y en la realización de concursos de selección de éstas en casi todos los entes territoriales, introduciendo la competencia entre diferentes ARS en el manejo del régimen subsidiado. A través de este proceso se logró en un tiempo récord de siete meses afiliar casi cinco millones de pobres (Ministerio de Salud, Dirección de Seguridad Social, 1997). Según la Dirección de Seguridad Social "a 31 de octubre de 1996 de los 15 millones de habitantes pobres que hay en el país y que se pretenden cubrir para el año 2000, han sido asegurados 4.937.756 colombianos, es decir el 33% de este grupo poblacional".

La Transformación de los subsidios de oferta a demanda

La transición implica la transformación de los recursos de oferta a los subsidios a la demanda. La gran diferencia en este nuevo sistema es el cambio en el primer beneficiario de los recursos públicos. En este caso el Estado reconoce un pago fijo (UPC-S) por un plan de servicios previamente definidos (POS-S) a los cuales tiene derecho una persona. La unidad de pago por capitación o la UPC-S se traduce en el subsidio a la demanda que se debe reconocer a las ARS, las cuales deben garantizar la prestación del POS-S bien sea en sus propias instalaciones o contratando con prestadores públicos o privados.

Esta transición persigue tres objetivos fundamentales:

- Asignar en forma más eficiente los recursos del Estado canalizándolos hacia la población más necesitada a través del aseguramiento de la misma.
- Mejorar la eficiencia y calidad en la prestación de los servicios de salud. Se supone que al entregar los recursos a las ARS, éstas se encargan de entregar los recursos únicamente en función del volumen del servicio prestado.
- Liberar recursos para afiliar al régimen subsidiado a la población pobre que actualmente está por fuera del sistema (Ministerio de Salud, Lineamientos, 1997).

Transformación de los hospitales públicos

La separación de la financiación pública y la prestación pública de los servicios es un objetivo esencial de la reforma. La ley 100 creó dos estrategias para lograr que los hospitales se adecuen a este nuevo esquema de operación: i) la creación de las instituciones intermediarias o ARS y ii) la conversión de los hospitales en instituciones autónomas o en Empresas Sociales del Estado (ESE).

La reestructuración de los hospitales a ESE implica la obtención de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, técnica y financiera de manera que, con un manejo empresarial privado se puedan desempeñar de forma competitiva en el mercado de servicios de salud y puedan conseguir la autosostenibilidad. Así, los hospitales se financiarán mediante la venta de servicios y se acabará la necesidad de otorgar subsidios a la oferta (Comisión de Racionalización del Gasto y de las Finanzas Públicas, 1997). La ley 100 estableció que todas las instituciones prestadoras de servicios de salud en los departamentos descentralizados se transformarían en ESE en seis meses después de que la Ley hubiera entrado en vigencia, sólo el 50% de los hospitales se han convertido en ESE.

La puesta en marcha del Régimen Subsidiado implica desarrollar todas las actividades diseñadas por la Ley 100 para lograr la cobertura de la población pobre. Esto incluye la identificación y selección de los beneficiarios de los subsidios de salud, a cargo de las Entidades Territoriales (específicamente las Secretarías de Salud); la afiliación y el aseguramiento de la población seleccionada, primero a la EPS-Transitoria (Secretarías de Salud) y después a las ARS; y la prestación de servicios de salud a la población afiliada.

Paralelamente a estas actividades, y como una condición para que se desarrolle la estructura del Sistema de Salud, está la conversión de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado (ESE), la transformación de los subsidios de oferta a demanda y en general, la adecuación de las Instituciones Públicas a la nueva estructura del Sistema de Salud.

III. Desempeño del Régimen Subsidiado

En esta sección se analiza la evolución del Régimen Subsidiado a partir de dos ejercicios. El primero fue la realización de una serie de entrevistas a los Actores Institucionales de la Reforma, con el fin de conocer la percepción de éstos sobre dos aspectos claves: i) la estructura de la Ley 100 y los mecanismos que establece para la consecución de sus objetivos y ii) la aplicación y desarrollo del Régimen Subsidiado hasta ahora.

El segundo ejercicio consistió en realizar 16 estudios de caso, con el propósito de observar el desarrollo del régimen subsidiado a nivel local, en ciudades con diferentes características. Por medio de entrevistas a los actores e instituciones locales (Secretarías de Salud, ARS, IPS, Sisben, Veedurías, etc) se identificaron los logros y las principales fallas del proceso de implementación local del régimen subsidiado, y se recogió la percepción local sobre el desarrollo del régimen.

Estos dos ejercicios permiten realizar una aproximación más completa al Régimen Subsidiado, en tanto se tiene la visión general por parte de los actores nacionales, y al mismo tiempo, se conoce la percepción local. Además, estudia la aplicación y desarrollo de las acciones y mecanismos que establece el Sistema en el espacio donde en realidad se debe llevar a cabo la reforma: las entidades territoriales.

A. Encuestas con los principales actores institucionales de la reforma

Las entrevistas se realizaron a algunas personas que intervinieron en las discusiones previas a la aprobación de la Reforma y siguen participando ahora durante el proceso de implementación⁵. En el anexo se relacionan todos las personas invitadas (22) y aquellas que finalmente aceptaron la entrevista (14). La entrevista se refirió particularmente al régimen subsidiado y en las preguntas se incluyeron todos los aspectos legales, técnicos, administrativos y financieros que pudieran estar influyendo en los resultados hasta

⁵ Las respuestas de cada una de las personas entrevistadas se pueden consultar en Plaza y Barona, 1998. En las entrevistas también se realizaron preguntas relacionadas con el proceso político de la reforma, sin embargo los resultados no se incluyen en este artículo.

ahora obtenidos de la puesta en marcha del régimen subsidiado.

La selección inicial de los entrevistados quiso reflejar los distintos intereses y posiciones de las entidades involucradas en la reforma: entidades aseguradoras (ARS): EPS, Empresas Solidarias (ESS) y Cajas de Compensación Familiar (CCF); instituciones prestadoras de servicios (IPS): públicas y privadas, los gremios médicos y sindicatos; y la parte gubernamental a través del Ministerio de Salud, el DNP y el Ministerio de Hacienda. Desafortunadamente, de los 14 que contestaron no hay representación de la totalidad de estos grupos de actores. En todo caso, las entrevistas que sí se realizaron, resultaron bastante ilustrativas sobre la percepción y realidad del proceso.

A continuación se mencionan los resultados más importantes de las entrevistas respecto al régimen subsidiado:

- El 80% de los entrevistados no cree que se alcance la cobertura universal para el año 2001 dado, principalmente, el recorte en los recursos fiscales, específicamente el definido por la ley 344⁶. Los representantes del Ministerio de Salud sí creen en la viabilidad financiera e institucional del sistema para alcanzar la cobertura universal.
- Las personas entrevistadas reconocen que se ha logrado un aumento importante en la cobertura de afiliación, sin embargo, son conscientes que esto no significa necesariamente

ENTREVISTA CON LOS ACTORES INSTITUCIONALES DE LA REFORMA

-
- ¿Cree usted que sea viable, financiera e institucionalmente, alcanzar la cobertura universal del Régimen Subsidiado para el año 2001?
 - ¿Cree usted que el seguro de salud obligatorio era la mejor estrategia para universalizar la cobertura?
 - ¿Cree usted que el aumento de cobertura en el Régimen Subsidiado ha implicado un mayor acceso a los servicios de salud para la población pobre? ¿Es claro para los actores de la reforma la diferencia entre el seguro de salud y el acceso a los servicios de salud?
 - ¿Cree usted que las normas, reglamentos, decretos, etc en el Régimen Subsidiado han sido lo suficientemente claros para su implementación?
 - ¿Cree usted que ha habido una integración favorable entre los agentes del sistema del régimen subsidiado?
 - ¿Cree usted que el Ministerio de Salud ha tenido la capacidad de liderazgo para guiar la implementación del Régimen Subsidiado?
 - ¿Cree usted que la Superintendencia Nacional de Salud tiene la capacidad técnica para supervisar y asegurar que los controles financieros y las reglas de juego estén siendo cumplidas a nivel Nacional y Local para el Régimen Subsidiado?
 - ¿Cree usted que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) está asegurando la concertación entre los integrantes del Sistema para definir los aspectos básicos del Régimen Subsidiado y el funcionamiento del mismo?
 - ¿Es el SISBEN una herramienta adecuada para la selección de beneficiarios al régimen subsidiado y ha logrado en la práctica focalizar el subsidio a la población de menor capacidad de pago?
 - ¿Cree usted que los hospitales públicos se están transformando adecuadamente en instituciones autónomas o Empresas Sociales del Estado, en cuanto a : i) autonomía financiera, ii) autonomía administrativa, iii) independencia patrimonial?
 - ¿Cuáles cree usted que han sido las dificultades más serias en la transformación de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado?
 - ¿Cómo está afectando el problema del déficit hospitalario el proceso de transformación de subsidios de oferta a la demanda?
 - ¿Cree usted que es adecuado el desmonte total de los subsidios de oferta ? Si debe ser parcial, cómo debería realizarse ?
 - ¿Cómo está afectando el desmonte de la oferta la inversión en infraestructura y dotación?
 - ¿Cree usted que se ha llevado a cabo un proceso de seguimiento y evaluación adecuado del régimen subsidiado ? a nivel nacional y local?
 - ¿Cuál ha sido en su opinión la falla u obstáculo más grande que se presentó en la implementación de la reforma en el régimen subsidiado?
 - Si usted tuviera la oportunidad de reformar el régimen subsidiado, ¿qué haría?
-

⁶ La ley 344 de 1996 redujo en un 75% la cofinanciación del presupuesto nacional para el régimen subsidiado (antes la Nación ponía un peso por cada peso que aportaban los trabajadores afiliados al RC. Ahora sólo contribuye con 25 centavos por cada peso). Además, obligó a las ESS a contratar un porcentaje de sus servicios (el 40%) con los hospitales públicos sin importar su calidad ni su eficiencia.

un mayor acceso a los servicios de salud. La mayoría de los entrevistados cree que la cobertura es mayor que el acceso, principalmente por la falta de información y de conocimiento del sistema y de sus derechos por parte de los usuarios. Se menciona como un grave problema la incapacidad actual del sistema para saber cómo ha evolucionado el acceso de los afiliados.

- Todos los entrevistados creen que la estructura legal de la reforma es demasiado compleja. La continua expedición de normas, decretos, acuerdos, etc, que algunas veces no son congruentes unos con otros, dificultan enormemente el entendimiento por parte de los actores de las reglas de juego. No existe claridad en la reglamentación.
- Ninguno de los entrevistados cree que haya integración entre los actores del Sistema. Por el contrario, se percibe una lucha por competencias entre las instituciones centrales y locales, y no existe articulación entre los actores locales de la reforma: Seccionales de Salud, IPS, ARS y usuarios. Esta situación se debe en parte a la falta de claridad sobre el funcionamiento del Régimen Subsidiado.
- La percepción sobre la falta de liderazgo y capacidad técnica del Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud predominó entre todos los entrevistados. Esto afecta la viabilidad no solo del régimen subsidiado sino de toda la reforma. Los resultados de las entrevistas sugieren que la Reforma Colombiana está enfrentando múltiples problemas por la debilidad que se percibe en estos dos elementos particulares: la capacidad institucional y la voluntad política. Sin tomar las

medidas adecuadas de ajuste y concertación entre los actores esto podría tener un impacto negativo en la consecución de los objetivos de cobertura y equidad.

- No ha existido un proceso de seguimiento y control del Régimen Subsidiado. Es necesario detectar las fallas en la estructura de la ley y específicamente, en el proceso de implementación del Régimen Subsidiado, para poder hacer los ajustes necesarios y alcanzar las metas planteadas con la Reforma.
- La mayoría de los entrevistados piensa que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud si ha cumplido con sus funciones de concertación entre los actores para definir aspectos relacionados con el funcionamiento y operabilidad del Régimen Subsidiado.
- En cuanto al Sisben, aunque éste se percibe como una herramienta adecuada para la focalización, todos los entrevistados mencionaron que debería hacerse algunos cambios ya que en la práctica ha presentado muchas deficiencias. Han existido problemas en la aplicación del instrumento, existen inconvenientes técnicos por la incapacidad de incluir la diferencia entre regiones para la selección de afiliados, y se menciona el problema de la manipulación política.
- Según los entrevistados, la problemática de los hospitales públicos y la capacidad real de su conversión en Empresas Sociales del Estado, o de desmontar el actual sistema de oferta a una de demanda, parece estar lejos de una realidad futura. Solo en algunos casos se están dando estas transformaciones con éxito. Como principales dificultades para la conversión en ESE sobresalen la falta de

voluntad política por parte de las directivas de los Hospitales, y de las autoridades municipales y departamentales, la falta de capacidad gerencial y administrativa de los hospitales para realizar las transformaciones internas necesarias para la competencia, y la estructura de contratación, el pasivo prestacional y la nivelación salarial. Por otro lado, se menciona que en este período inicial, especialmente durante el período transitorio, los hospitales experimentaron un aumento en la entrada de recursos (recursos de oferta más los de venta de servicios), lo cual no ha generado incentivos para que se transformen en ESE.

- Algunas de las respuestas que sobresalieron sobre la pregunta acerca de la capacidad de los hospitales para transformarse en ESE o de desmontar el sistema de oferta fueron las siguientes:

"No. El primer paso solo lo han dado el 50% de los hospitales públicos y ha sido más que todo por la falta de voluntad política y el problema del pasivo prestacional. También falta definir la naturaleza jurídica de los hospitales. Falta que comiencen a facturar y no ayuda que el nivel central sigue tomando las decisiones. No hay el suficiente número de recurso humano ni capacitados para tomar las riendas de los hospitales", o

"Primero existe un gran desacuerdo en el cómo se deben (los hospitales) estar ajustando al nuevo sistema; la oferta en Colombia no estaba preparada para un montaje como la ley 100: no existen sistemas contables en la mayoría de los hospitales; no existen sistemas de información unificados para poder compartir información; muchos hospitales no han pasado por proceso de modernización para poder asumir la nueva ley; las ARS no están preparadas aun para negociar con las IPS".

- Ninguno de los entrevistados cree que sea factible desmontar los subsidios de oferta por completo, por dos razones principales: i) dadas las características de algunas regiones y ii) porque los hospitales aún no están preparados para el nuevo modelo.
- Sobresale como el problema más grave entre todos los entrevistados, la falta de compromiso político, a nivel central y local. En este sentido se entiende el compromiso político como la continuidad de las prioridades de la política de salud y de las normas que regulan el sistema. Sin este elemento no se puede garantizar la estabilidad de las reglas de juego y la confianza de los diferentes actores involucrados.
- Finalmente, ninguna de las personas entrevistadas, si tuvieran la oportunidad, reformarían el Régimen Subsidiado, sino que lo ajustarían. Dos aspectos aparecen como los más necesarios de corregir: el flujo de recursos y la información dentro del Sistema. Además, es necesario que haya mayor claridad en las normas y en las funciones de los diferentes actores, y que exista realmente la voluntad política para llevar a cabo las transformaciones necesarias en las entidades e instituciones.

B. Estudios de caso del Régimen Subsidiado

El objetivo de los estudios de caso fue lograr un acercamiento a la implementación local del régimen subsidiado y obtener una visión real de los logros y dificultades que se han presentado en este proceso; así mismo, conocer el desempeño de los diferentes actores dentro del marco global del sistema y analizar el efecto de las interrelaciones entre éstos sobre el régimen subsidiado en general.

Específicamente, se buscó comprobar si los agentes e instituciones que conforman el Régimen Subsidiado han aplicado las acciones establecidas por la ley, y si los mecanismos han funcionado u operado de la manera correcta para la consecución de los objetivos propuestos, especialmente, aumento en cobertura y acceso de la población pobre.

1. Metodología

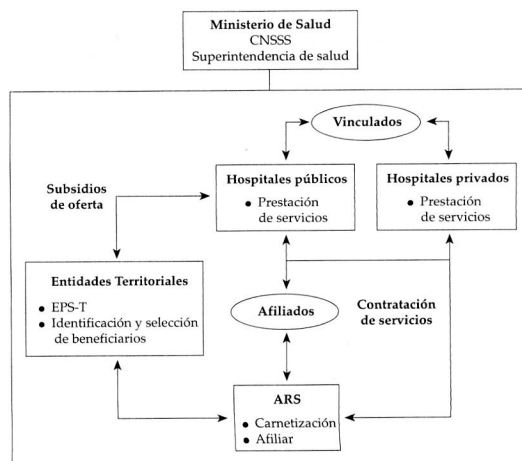
Los estudios de caso se elaboraron con base en visitas a cada municipio para recolectar datos y realizar entrevistas. El trabajo de campo se realizó entre noviembre de 1997 y febrero de 1998. La información primaria recogida a través de entrevistas directas es la principal fuente de información para los estudios.

En cada municipio se realizaron entrevistas a integrantes de la administración local: Alcalde, Secretario de Salud, Administrador del Sisben y a algunas Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) e IPS públicas. En algunos casos, fue posible hablar con representantes de la comunidad, tales como veedores o miembros de asociación de usuarios. La información primaria se complementa con informes y estudios en aquellos municipios donde los hay disponibles.

Se diseñó una entrevista para cada una de los agentes e instituciones, orientada a conocer la forma como se habían llevado a cabo las diferentes actividades establecidas por la Reforma y establecer qué problemas se presentan en su desarrollo. Estas actividades son:

- El proceso de identificación de los beneficiarios de los subsidios, por medio de la aplicación del Sisben o de la herramienta utilizada.
- La selección de los beneficiarios de los subsidios.
- El proceso de afiliación y aseguramiento, el cual se realizó en dos etapas: primero, durante el período transitorio, donde las Secretarías de Salud operaron como EPS-T y afiliaron la población seleccionada; posteriormente, las ARS son asignadas de manera definitiva como administradoras del Régimen Subsidiado y deben desarrollar estas actividades nuevamente.
- La prestación de servicios.

Adicionalmente, las entrevistas indagaban sobre la operación general del Régimen Subsidiado, para entender la manera como se articula el Sistema a nivel local y analizar el desarrollo de la competencia regulada (mercado de aseguramiento y prestación de servicios) y la transformación de subsidios de oferta a demanda. Finalmente, siempre se buscó conocer la percepción de los actores sobre las reformas establecidas por la Ley 100, especialmente bajo el Régimen Subsidiado y su impresión sobre el proceso de ejecución del nuevo sistema.



2. Muestra

Se realizaron 16 estudios de caso en municipios con diferentes características. Dentro de la muestra se incluyen las cuatro principales ciudades del país, Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla, las cuales contienen el 30% del total de la población del país y el 14,3% de la población NBI del país. En total se entrevistaron 23 hospitales y 26 ARS. El estudio de campo se dividió en 4 módulos correspondientes a regiones cercanas a las principales ciudades.

Cada uno de los módulos incluye 4 municipios⁷. Estos se escogieron buscando una diversidad en el tamaño de la población, concentración urbana o rural y niveles de NBI y cobertura del régimen subsidiado. Igualmente, la mitad de los municipios está descentralizado mientras los otros todavía no están certificados. De esta manera se tiene una muestra que representa diferentes condiciones de desarrollo del sistema subsidiado en el país (Cuadro 1).

3. Evidencias a partir de los estudios de caso

Con base en las entrevistas y visitas de caso, se establecieron una serie de factores y características comunes en el desarrollo del régimen subsidiado. A nivel general, lo más evidente es que la implementación local del régimen subsidiado ha sido un proceso complejo, dado los grandes cambios que implica frente al sistema anterior de salud y la dificultad que han tenido las entidades territoriales para asimilar, adoptar y liderar este cambio.

Aunque el sistema es demasiado nuevo y está en la fase inicial de desarrollo, es importante identificar los problemas que se presentan en ese proceso de puesta en marcha del régimen subsidiado de tal manera que se puedan analizar las dificultades y avanzar en la solución de éstas. Igualmente, es importante reconocer los logros para que éstos sirvan como una motivación y muestra de las bondades del sistema. A continuación se presentan, de acuerdo a los actores locales de la reforma, los resultados más importantes encontrados en los estudios de caso:

a. Entidades territoriales, Secretarías de Salud

- Durante el período transitorio, comprendido entre diciembre de 1994 y diciembre de 1995, las Secretarías de Salud Departamentales (o Municipales en caso de ser descentralizada la entidad), como EPS-Transitorias (EPS-T), estuvieron encargadas de administrar el régimen subsidiado. En esta etapa se mezclaron las funciones de aseguramiento y financiación con las funciones de prestación directa de las actividades de salud pública, lo cual va en contra del esquema propuesto por la reforma; es precisamente con el objetivo de separar estas funciones que se crean las ARS. Por lo tanto, el inicio del Régimen Subsidiado se desarrolla bajo una estructura diferente a la que se quiere implantar, creando más confusión entre los actores.
- Se observa que durante esta etapa transitoria existía aún falta de claridad sobre el sistema en general y su manejo. Una de las formas como esto se evidenció fue en el desarrollo de

⁷ Los módulos de Antioquia y Atlántico fueron realizados por la Universidad de Antioquia. El trabajo estuvo a cargo de Jairo Restrepo. En el módulo de Bogotá participó Carolina Borrero.

Cuadro 1
ESTUDIOS DE CASO

Municipio	Población	Urbana (%)	Rural (%)	Certificado*	NBI (%)	Afiliados Régimen Subsidiado			
						Total	Población total (%)	Población NBI (%)	Nivel I y II* (%)
Bogotá	6.315.567	99	1	1993	16	910.474	14	88	94**
Cali (Valle)	1.985.906	98	2	1991	21	184.000	9	45	98
Medellín	1.970.691	95	5	1994	16	213.984	11	68	64
Barranquilla	1.157.826	99	1	1994	28	117.956	10	36	24
Buenaventura	281.565	83	17	1995	36	33.434	12	33	95
Puerto Tejada	40.261	86	14	-	49	6.705	17	34	89
Silvia (Cauca)	28.886	20	80	-	80	12.040	42	52	***
La Mesa	19.132	43	57	-	39	7.412	39	99	50
Zipaquirá	69.385	87	13	-	19	7.911	11	60	79
Ventaquemada	11.046	11	89	-	38	2.641	24	63	***
El Peñol	15.040	42	58	1996	27	8.481	56	209	125
S.Rosa Osos	23.418	38	62	1996	41	6.500	28	68	46
Rionegro	69.775	64	36	1992	18	9.070	13	72	74
Tubará	10.639	64	36	-	- 63	2.911	27	43	48
Pto Colombia	24.881	58	42	-	35	4.288	17	49	39
Soledad	238031	99	1	-	46	17.096	7	16	0,2

* Año en el cual el municipio es certificado como entidad descentralizada en salud.

** Porcentaje sobre servicios públicos y Sisben.

*** En estos municipios fue imposible hablar con la oficina del Sisben.

Fuente: Informe de Afiliación del Régimen Subsidiado al 31 dic de 1997. Ministerio de Salud.

diferentes modalidades de EPS-T. En el caso de Bogotá, por ejemplo, se crearon tres modalidades de EPS-T. Además, durante este período se generaron acciones aceleradas para afiliar a la población, creando señales confusas para los usuarios que se vieron sometidos en un período menor a un año a diferentes procesos de identificación, selección, carnetización, afiliación y prestación de servicios; primero por parte de la EPS-T y luego, por las ARS. Todo esto, para que en la mayoría de los casos bajo la afiliación a la EPS-T sólo se entregaran servicios por unos cuantos meses, y luego las personas volvieran a ser "vinculadas" al sistema antes de someterse nuevamente al proceso de afiliación por parte de las ARS.

- En la mayoría de los casos no se alcanzó a aplicar el Sisben para seleccionar los afiliados a la EPS-T, por lo que se recurrió a hacer la selección de la población más pobre con base en la estratificación de servicios públicos. Más adelante, una vez realizado el Sisben, muchas de las personas que habían sido seleccionadas inicialmente como beneficiarias del subsidio quedaron por fuera del régimen; esto generó situaciones muy difíciles no sólo entre la Secretaría y la población pobre, sino también al interior de la misma comunidad. Esta situación refleja además la falta de una estructura inicial de aplicación del Régimen Subsidiado que estableciera unos objetivos claros y unas acciones encaminadas a lograrlos. Por el contrario, esta pri-

mera etapa refleja improvisación en la implementación inicial del Régimen Subsidiado, lo que repercutiría en la falta de claridad sobre el nuevo Sistema.

- Este período transitorio no alcanzó realmente a preparar a las instituciones locales (Alcaldías, Secretarías de Salud, Hospitales Públicos, etc) para el nuevo sistema; por el contrario, parece haber dificultado la transición, en la medida en que se desarrollaron funciones y estructuras que más adelante no se mantendrían. Por otro lado, la falta de transparencia y comprensión de todas las acciones por parte de la población, generaron confusión y desconfianza ante el nuevo sistema. Una muestra de ello es la confusión que aún existe entre el Sisben y el Régimen Subsidiado, o sobre quién financia la afiliación de las personas⁸.
- A nivel de la administración local se aprecia una diferencia importante entre los municipios aún centralizados y los descentralizados. Por lo general, los primeros no conocen a fondo el manejo financiero y administrativo del régimen subsidiado ya que son las Secretarías Departamentales las encargadas en este caso. Estos municipios están muy inconformes con la poca participación que se les ha dado en los diferentes procesos adelantados y algunos lo perciben como obstáculos por parte de las Direcciones Departamentales de Salud para no entregar el manejo de los recursos del sector.
- Es urgente vincular los municipios no descentralizados y hacerlos partícipes del proceso de

implementación, sobre todo si se espera que todos los municipios del país manejen de manera autónoma el régimen subsidiado. De lo contrario se puede generar un retroceso en el desarrollo del régimen en el momento en que estos municipios reciban la certificación.

- En general, se percibe que las entidades territoriales no comprenden muy bien la magnitud de la reforma del sistema de salud, y no entienden a fondo los mecanismos en que se apoya y las funciones específicas que deben desarrollar dentro de todo el andamiaje de la Ley 100. Esta situación es muy grave, dada la gran responsabilidad de las entidades en el desarrollo del régimen subsidiado. Uno de los factores que ha contribuido a esta situación es la deficiencia en el flujo de información.

b. Sisben

- En todos los municipios estudiados se ha aplicado el Sisben, logrando identificar la población potencialmente beneficiaria de los subsidios de salud. Así mismo, se ha realizado la selección, de acuerdo a los recursos disponibles, y afiliación de los beneficiarios a las ARS. En algunos municipios, como Bogotá y Medellín, se han logrado niveles de cobertura importantes frente a la población identificada.
- Los procesos de identificación y selección de la población pobre, basados en el Sisben han presentado muchos problemas, debido a fallas técnicas, barreras culturales y sociales, politización en la administración y aplicación

⁸ En algunos casos por ejemplo, las personas creen que las Empresas Solidarias de Salud (ESS) son quienes aportan los recursos para la afiliación.

del instrumento y falta de recursos entre otros. La inconformidad con el Sisben fue común en todos los municipios estudiados. Lo más grave de esta situación es que el Sisben es el primer paso para la aplicación del régimen subsidiado; si no se escogen las personas más necesitadas de la población el resultado del sistema no va a ser el más eficiente.

- Entre los problemas más comunes se encuentran los siguientes:
 - Algunos alcaldes que contaron con los recursos financieros, contrataron con organizaciones no idóneas y fueron defraudados, pues los resultados no se sustentaron con la base de datos y quedaron zonas del municipio sin focalizar.
 - Se cuestiona su efectividad como instrumento para focalizar porque la metodología es poco sensible para detectar situaciones de pobreza debido al mayor peso relativo asignado a la infraestructura y al nivel educativo en contraposición de las variables de ingreso con lo cual se ha dejado por fuera amplios grupos de población pobre especialmente en el área urbana de las grandes ciudades donde se concentra un gran porcentaje de la población.
 - El anterior fenómeno se agrava en razón de la alta migración que se observa entre la población pobre, situación no prevista en el diseño inicial del instrumento. Se estima que entre el 30% y el 50% de las familias encuestadas, cambió su sitio de residencia en un año.
 - Durante el régimen de transición se creó una grave confusión por cuanto, por los

retrasos que se observaban en la aplicación del Sisben, se autorizó la carnetización con la estratificación de servicios públicos existente en los municipios. Una buena parte de esta población, una vez se le aplica el Sisben, corresponden realmente al nivel 3 y 4 que por ahora no se consideran con derecho al régimen subsidiado (Jaramillo, 1997).

- Por último, vale la pena destacar que la mayor parte de los entrevistados en este estudio ha señalado la politización del Sisben como el principal problema del instrumento: Muchos alcaldes cambian votos por carnes para que los pobres ingresen al régimen subsidiado.

c. *Administradoras del Régimen Subsidiado*

- Un principio fundamental de la reforma es la competencia y la libre elección de ARS. Sin embargo en los estudios de caso fue evidente que, en algunos municipios, estas prácticas no han operado. Otras "fallas en el mercado de aseguramiento" que se observaron son: i) problemas en la entrega de los carnés, ii) doble carnetización, iii) manejo asimétrico de la información y iv) fallas en el flujo de los recursos.
- Uno de los problemas para la competencia ha sido la presencia de arreglos no competitivos entre las ARS, principalmente durante el proceso de libre cambio (después de un año de aseguramiento), donde las ARS hicieron acuerdos de "no agresión", es decir, que no iban a promocionar los cambios de entidad. Esta situación ha sido inducida por los altos costos de mercadeo y carnetización en

que deben incurrir las ARS, que se han visto obligadas a rediseñar sus sistemas de mercadeo. Esta intensa actividad de mercadeo no estaba prevista para el régimen subsidiado y las ARS han terminado utilizando parte de la UPC-Sen la ubicación de la población afiliada al Sisben, en la realización de ajustes y correcciones a los listados y bases de datos, y en general, en altos costos administrativos.

- Algunas ARS han utilizado métodos desleales de competencia, tales como otorgar mercados, beneficios adicionales e incluso dinero a las familias o a los líderes comunitarios para conseguir afiliados. Por otro lado, en los departamentos donde se ha constituido EPS pública el nivel de competencia por lo general se ha reducido. Esto se debe a la presión que realizan las direcciones de salud en beneficio de una entidad que depende administrativamente del gobierno departamental.
- En esta misma línea de competencia se han presentado dos situaciones interesantes con las Empresas Solidarias de Salud (ESS). Por un lado las ESS han tenido un manejo monopolístico en algunos municipios medianos y pequeños, bloqueando el ingreso de las otras ARS. Esto gracias a la prelación dada por parte de las autoridades municipales a la contratación con la ESS, lo que incluso fue definido en la misma ley 100 de 1993, así como a la escasa presencia de otras ARS en zonas alejadas. No obstante lo anterior, en las grandes ciudades las ESS se han visto en desventaja para competir con las otras EPS y CCF.
- Por otro lado, la dificultad en la entrega de los carnés de afiliación fue una constante en todos los municipios estudiados, dada la predominante condición nómada de la población pobre, así como por las fallas en la nomenclatura, imprecisión en los datos suministrados por el Sisben, entre otros. Además, inicialmente no existieron incentivos para que las ARS dedicaran tiempo y recursos en la carnetización, pues aún sin haber entregado el carné recibían el valor de la UPC.
- Así mismo, en todas las ciudades estudiadas se ha presentado el problema de la doble carnetización, ya sea en una misma ARS o en diferentes. Esto es el resultado de deficiencias en el sistema de información y depuración de los identificados, así como de la falta de control de las autoridades y de los mismos beneficiarios quienes incluso, dado su desconocimiento del sistema, tratan de aprovecharse de la situación para conseguir varios carnés pues creen que así recibirán más servicios.
- Los problemas con los carnés tienen implicaciones muy graves para el sistema, pues se está pagando por personas que realmente no reciben los servicios. De esta manera, a pesar de registrarse un aumento en la cobertura de la población pobre, y destinar los subsidios para ello, no se están generando mejores condiciones de salud para la población necesitada. Al mismo tiempo, se alimenta la necesidad de seguir manteniendo los recursos de oferta, pues dichas personas seguirán solicitando los servicios de salud como vinculados, y el sistema termina pagando doble, o incluso más, por la atención de esta población.
- Otro de los aspectos que afectan los resultados que se logren con la cobertura, en términos de mejorar el acceso y la salud de la población

pobre, es la asimetría de información, donde las ARS tienen la ventaja sobre el usuario respecto a cuánta información le suministra. Se observa aún un gran desconocimiento por parte de los beneficiarios del régimen subsidiado sobre sus derechos y sobre el funcionamiento del nuevo sistema de salud, y en especial del régimen subsidiado. Lo anterior ha sido identificado como una de las razones para el bajo uso de los servicios de salud que se ha presentado inicialmente en el régimen subsidiado.

- La gestión de las ARS en la realización de las actividades de promoción y prevención parece no haber sido la mejor. La decisión de qué actividades realizar no ha estado basada, para la mayoría de los casos, en estudios epidemiológicos de la población afiliada o teniendo en cuenta las características propias de la zona.
- Un aspecto que ha afectado directamente a las ARS ha sido el atraso en el flujo de recursos entre la entidad territorial y la ARS y como consecuencia de esto, entre las ARS y los prestadores de servicios tanto públicos como privados. Esto ha generado un sentimiento de inconformidad con la labor de las ARS, sobre todo por parte de los hospitales, quienes no reciben los pagos a tiempo, además de los inconvenientes que enfrentan en las labores de facturación y cobro. Parece generalizada la opinión de que las ARS son sólo intermediarios financieros incómodos que no permiten que los hospitales reciban mayores recursos.
- En efecto, según lo denunciaron los representantes de los trabajadores, las ARS se que-

daron en promedio, en 1996, con el 70% de los ingresos por concepto de UPC-S y solamente destinaron para la prestación de servicios de salud el 30%. Esto sin embargo, es más un reflejo de los problemas que se han presentado en el mercado de aseguramiento. Lo que sí queda claro es que la percepción de "intermediarios innecesarios", que se tiene de las ARS por parte de la mayoría de los actores (secretarías departamentales y municipales y hospitales públicos), demuestra que no se ha comprendido el papel de administrador del riesgo que desempeñan las ARS dentro del sistema, incluso se sospecha que ni siquiera por parte ellas mismas.

- Un aspecto muy positivo en lo relacionado con las ARS es la formulación de medidas correctivas ante las fallas encontradas en su funcionamiento. Estas instituciones fueron creadas con la ley 100 y por lo tanto nacieron con un esquema de funcionamiento enmarcado en la reforma. En otras palabras, estos actores no se ven enfrentados al traumatismo de transformar su estructura y operación como le tocó a los hospitales y entidades territoriales. Paradójicamente, el sistema parece haber estado más pendiente del desempeño de estas instituciones y por lo tanto ha detectado algunos problemas y adelantado acciones para corregirlos. Algunas de estas medidas son:
 - Se limitan de los gastos administrativos al 20% como máximo y se obliga a invertir el 80% restante en la prestación de servicios, mediante el Acuerdo 56 de 1997.
 - Por otro lado, el problema de la falta de información en los usuarios se originó en

una disposición inicial del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS que establecía que las personas que no seleccionaban ARS dentro del plazo estipulado en las normas, la dirección seccional las asignaba a una cualquiera de las entidades concursantes hasta por el cupo de afiliación que tuviera. La población pobre identificada por el Sisben que no seleccionó libremente la ARS nunca se enteró de su afiliación y por supuesto no utilizó los servicios. El Acuerdo 77 del CNSSS prohíbe esta conducta de tal manera que sólo puede haber afiliación si hay selección plena y personal de la población beneficiaria.

- Se condicionó la entrega de la UPC-S a la carnetización previa del afiliado.

d. Hospitales públicos

- El efecto que tuvo el período de transición sobre los hospitales públicos no fue el esperado. Por el contrario, parece haber generado más resistencia al esquema de contratación con las ARS, ya que para los hospitales públicos resultó mucho más favorable contratar con las EPS-T. En un período tan corto no se alcanzó a preparar a los hospitales para la nueva forma de operación y las Secretarías por lo general no les exigieron mucho.
- La contratación de servicios con las ARS ha sido difícil, principalmente por la ineficiencia de los hospitales en la facturación de los servicios prestados. Sin embargo, el predominio de
- La transformación de subsidios de oferta a demanda es por lo general percibida como negativa, a pesar de que en la mayoría de los hospitales visitados la disminución de los recursos de oferta ha sido compensada por la venta de servicios⁹, sobretodo en las instituciones que prestan los servicios definidos en el POS-S. Por esto, el rechazo a este mecanismo, por lo general, parece originarse más en el traumatismo del cambio, que en la imposibilidad de sobrevivir dentro del mercado. Un ejemplo de esto es que la mayoría de los directores entrevistados percibe la transformación de los hospitales en ESE como la oportunidad para tener una mayor autonomía en la toma de decisiones, lo que les ha ayudado a generar una cultura empresarial.
- Hasta 1996 la transformación de recursos de oferta a demanda no se había implementado, generando un desorden fiscal. Los hospitales recibieron la totalidad de los recursos dedicados a la oferta por el incremento en los recursos del situado fiscal, y simultáneamente recibieron los nuevos recursos de demanda. Esto implicó la duplicación de gasto sin asegurar necesariamente la ampliación de coberturas o las mejoras en la calidad de servicios. A raíz de esto, los hospitales han percibido un aumento importante en la entrada de recursos.
- Otro problema por el cual los hospitales se han resistido a la transformación es por el

⁹ Especialmente en las instituciones de primer nivel de atención, debido a la contratación de los servicios entre las ARS e IPS por el sistema de capitación. Es necesario evaluar con mayor detalle el impacto de las formas de contratación sobre la financiación de los hospitales.

programa de nivelación salarial establecida mediante el decreto 439 de 1995 y el régimen laboral de personal que se aprobó en ese mismo año. La carrera administrativa de los hospitales ha impuesto serias rigideces a estas instituciones, quitándoles competitividad en materia salarial.

- Así mismo, los hospitales no han podido manejar el problema de la población vinculada, pues existe mucha incertidumbre sobre el tamaño y la medición de dicha población. Esta población obviamente sigue recibiendo subsidios por el lado de la oferta y ese es un argumento de los hospitales para mantener el presupuesto histórico.
- El gran problema de los hospitales públicos visitados es la iliquidez. Esta se genera por tres razones: fallas en el flujo de dinero, dificultades en la facturación de los servicios prestados y, la fuerte presión adicional que la nivelación salarial, decretada por el Gobierno Nacional, le impuso a las finanzas de los hospitales.
- Por otro lado existe el peligro que presenta la falta de división entre la administración y provisión de servicios para la autofinanciación de los hospitales en el futuro. Al no hacer esta separación explícita se generan incentivos para que las ARS establezcan sus propias IPS y prefieran contratar con ellas, sobre todo en el caso de los servicios de baja complejidad. El incentivo para conformar IPS privadas es claro, pues la inversión no es alta y el control de costos es más efectivo y la contratación de las intervenciones más costosas y complicadas, se dejarían para los hospitales públicos de mayor complejidad. Esto es claramente un beneficio para la red

pública de segundo y tercer nivel pero puede ser nocivo para las de primer nivel que de por sí tienen bajos niveles de ocupación. El forzar a las IPS públicas a especializarse en las intervenciones de mayor costo y menor frecuencia haría que el proceso de autofinanciación se viera amenazado.

- En las ciudades visitadas es claro que las ARS han empezado a montar sus propios sistemas de consulta externa y algunos servicios de primer nivel. Por lo general, se le exige a los afiliados que primero acudan allí y luego, si es el caso, serán remitidos a los Hospitales Públicos locales. Con esta nueva modalidad también ha empezado a cambiar la forma de contratación de servicios de capitación a facturación. El efecto de esto es, sin duda, más grave en los municipios pequeños.
- Además de estos factores "externos" mencionados, es importante considerar los factores internos que impiden a los hospitales transformarse en entidades competitivas y autónomas administrativa y financieramente. La posibilidad de que los hospitales públicos dependan de la venta de servicios está asociada a la capacidad de administrar y producir con eficiencia. Existe una restricción enorme en la gestión administrativa y organizacional de los hospitales que nos hace pensar que faltó un proceso de reingeniería interna para prepararlos para el cambio.
- En algunos hospitales mencionan la dificultad que tienen los gerentes para tomar decisiones respecto al personal. Esto se debe a las limitantes que establece la carrera administrativa y en algunos casos, a "preferencias" de los miembros de las Juntas Directivas.

- Por otro lado, resaltan la desventaja en que se encuentran frente a los hospitales privados respecto a infraestructura y dotación de equipos.

e. Gestión

- A nivel general se observa una débil gestión por parte de las Secretarías Departamentales y Municipales y entes encargados del sector salud, para realizar los ajustes institucionales que requiere la implementación del régimen subsidiado, lo cual ha dificultado y retrasado la consolidación de este nuevo sistema.
- Las instituciones (Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, Fosyga y las entidades territoriales) del sector requieren el fortalecimiento y la reestructuración necesarias para poder cumplir con las nuevas funciones de la nueva reforma del sector salud. A nivel local se percibe que el Ministerio de Salud continúa siendo particularmente débil en la definición de las políticas nacionales, asistencia a las entidades territoriales y seguimiento de los programas prioritarios del sector. Además es evidente la ausencia de una buena coordinación por parte de las diferentes direcciones y programas del Ministerio, lo cual impide prestar una asistencia técnica homogénea e impulsar una política única y coherente en materia de salud en el ámbito nacional, generando múltiples ineficiencias en el uso de los recursos.
- Como ya se mencionó, en términos de interrelaciones entre los actores del sistema se presentan dos fallas principales que han ocasionado un gran traumatismo en el desarrollo del régimen: i) el flujo de dinero y ii) la información

dentro del sistema. El primero se representa por una cadena de incumplimientos en los pagos de los contratos, encabezada por el Fosyga, las Secretarías de Salud y las ARS, lo cual ocasiona graves problemas de iliquidez en los hospitales. La causa parcial de la demora en los pagos es la complejidad en la estructura de transferencia (o flujo) de recursos, no solo por los requisitos que se deben cumplir, sino también por los diferentes entes por donde tienen que pasar estos dineros.

- Los problemas de información dentro del sistema se originan principalmente por la falta de conocimiento y claridad sobre el funcionamiento del régimen, así como por una falla en los mecanismos de transferencia de información entre los agentes.

f. Coberturas

- A nivel general se observa una inequidad en los niveles de cobertura de los municipios estudiados, por ejemplo, mientras Bogotá ha alcanzado una cobertura cercana al 88,4% de su población con necesidades básicas insatisfechas (NBI), Soledad tan sólo llega a un 16% (ver Cuadro 1). Esta disparidad de coberturas se debe principalmente a la diferente disponibilidad y asignación de recursos de los municipios. ¿Qué pasa con los principios de equidad y solidaridad?
- Otro problema que se percibe es la dificultad para ampliar coberturas, la cual depende casi exclusivamente de la transformación de recursos, proceso desconocido en varios de los municipios estudiados y no dimensionado en relación con el efecto sobre la atención a vinculados¹⁰.

C. Implicaciones sobre el funcionamiento del Régimen Subsidiado

A pesar de los importantes logros en cobertura que se han registrado en el Régimen Subsidiado¹¹, existen fallas en los mecanismos y estructuras operativas del Régimen Subsidiado que afectan el desarrollo del Sistema y dificultan la consecución de la calidad, eficiencia y equidad en el Sistema de Salud. Así mismo, estas fallas están impidiendo que la cobertura se refleje de una manera directa en el acceso de las personas pobres a los servicios de salud.

Se observan obstáculos en el desarrollo del esquema de competencia regulada en sus dos instancias: el aseguramiento y la prestación de servicios. En el mercado de aseguramiento se han presentado arreglos no competitivos entre las ARS, asignación forzosa de ARS y métodos desleales de competencia. Además, en algunos casos, las características de tamaño y localización de las regiones dificultan la participación de varias ARS¹².

En la prestación de servicios se ha observado un aumento importante de IPS privadas que entran a competir con las públicas. Sin embargo, la no separación entre las funciones de aseguramiento y prestación de servicios afecta los

niveles de competencia. Cada vez más, las ARS crean redes propias de servicios, especialmente de primer nivel, y exigen a sus afiliados acudir a éstas. En los municipios pequeños esta situación puede generar serios problemas para la sostenibilidad de las instituciones públicas de primer nivel.

Por otro lado, se encuentran fallas importantes que afectan la capacidad y la predisposición de las personas a usar los servicios de salud, es decir, a acceder realmente a ellos. Los grandes problemas que se han tenido en los procesos de identificación y selección parecen indicar que no siempre las personas seleccionadas han sido las más pobres. La utilización de los estratos de servicios públicos como mecanismo inicial de focalización, las deficiencias en la aplicación del Sisben y la politización del instrumento, la doble carnetización y la no entrega de los carnés de afiliación son sólo algunos de los fallas que se han encontrado en los estudios de caso y que están impidiendo el uso de los servicios por parte de las personas más necesitadas.

La limitada información que se le ha entregado a los afiliados (especialmente por parte de las ARS) sobre los derechos que tienen dentro del régimen subsidiado y en general, su poco co-

¹⁰ Esto por lo general depende de si el municipio está o no descentralizado. En las 4 ciudades grandes sí se tiene una planeación sobre la transformación de recursos.

¹¹ Actualmente más de 7 millones de colombianos pobres están afiliados al Régimen Subsidiado. Esto representa una cobertura del 47% de la población con NBI en el país.

¹² Sumado a esto, la nueva exigencia para las ESS de tener un mínimo de 50.000 afiliados conlleva a la coalición de varias de ellas, que son las administradoras que más presencia tienen en los municipios pequeños. Probablemente, los pobres (beneficiarios de los subsidios) de localidades pequeñas no tendrán varias ARS de donde escoger y éstas no enfrentarán mucha competencia.

nocimiento sobre el nuevo sistema, impide que los usuarios exijan la prestación de los servicios y la calidad en la atención.

El Sistema ha fallado en generar los incentivos correctos para que las ARS entreguen todos los beneficios del aseguramiento a los afiliados. Las ARS no tenían interés en entregar todos los carnés, ni de informar a los usuarios sobre todos sus derechos, puesto que es precisamente el poco uso de los servicios de salud lo que les genera las ganancias¹³. Así mismo, las herramientas que el sistema crea para el control interno de las actividades y las instituciones no están operando de manera adecuada, principalmente por las fallas en la información.

Por otro lado, el deficiente flujo de recursos, cuya víctima final son los hospitales, ha afectado de manera importante el desarrollo del Régimen Subsidiado. Es inconsistente exigirle a los hospitales públicos que operen dentro de un mercado competitivo, que se vuelvan empresas eficientes y que no se le paguen los servicios que prestan¹⁴. Finalmente, el desconocimiento por parte de las administraciones locales del proceso de desmonte de los subsidios de oferta a demanda¹⁵ y la falta de apropiación de este mecanismo es preocupante, sobre todo al tener en cuenta que esta es la única fuente significativa para el aumento futuro en cobertura, además de ser la herramienta clave para acabar de transformar el sistema de salud.

IV. Conclusiones

El principal propósito de la Ley 100 fue la creación de un conjunto de mecanismos que permitieran ampliar la cobertura, en especial de la población pobre. Se puede concluir en forma realista y sin falsas interpretaciones, que la ley 100 ha permitido avanzar en la cobertura de régimen subsidiado y que este ha sido el gran logro hasta el momento.

Un segundo resultado muy positivo es que la percepción del usuario frente al sistema de salud ha mejorado. La afiliación de la población pobre a las ARS rompe paulatinamente el sentido de caridad en la prestación de servicios y adquiere importancia la noción de derecho en el marco del aseguramiento de la población pobre. Esta situación tiene una gran repercusión en la obtención de un acceso real de la población pobre a los servicios de salud.

Por otro lado, tanto en las entrevistas directas como en los estudios de caso, la mayoría de las personas consideran que el acceso de la población pobre a los servicios de salud a partir de su afiliación al régimen subsidiado ha mejorado, aunque en la mayoría de los casos no se tienen evidencias empíricas y no se percibe una clara diferenciación entre cobertura y acceso.

A pesar de estos resultados positivos, existen fallas en la implementación del régimen subsidiado que impiden un acceso real de la pobla-

¹³ Especialmente si se tiene en cuenta las deficiencias en las actividades de promoción y prevención.

¹⁴ Si se tiene en cuenta el problema de los vinculados, este argumento es aún mas fuerte y ese es un aspecto que la ley 100 dejó sin resolver. ¿deben los hospitales públicos, dentro de las nuevas exigencias del mercado competitivo, asumir el costo adicional (por encima de los recursos de oferta que reciben) de los vinculados?

¹⁵ Aunque en la mayoría de los casos se ha venido realizando en los porcentajes establecidos por la ley.

ción pobre a los servicios de salud; se pueden destacar tres problemas fundamentales.

El primero, y tal vez más complejo, es la deficiente gestión institucional dentro del sistema, comenzando por el Ministerio de Salud, que se ha quedado corto en su papel de liderar la reforma. La reforma al sistema de salud está enmarcada dentro del proceso de descentralización¹⁶, y exige una participación activa de las entidades territoriales en el manejo financiero, administrativo y sobre todo gerencial del sistema. En el caso del régimen subsidiado esto toma mayor importancia, primero, por la novedad del sistema y segundo, por la complejidad de la estructura financiera del mismo.

A pesar de esto, el proceso de aplicación del régimen subsidiado se ha caracterizado por la falta de claridad en las responsabilidades de cada uno de los actores del gobierno y por la superposición de funciones. El Ministerio no ha sido capaz de entregar la autonomía requerida por las entidades territoriales para el manejo del régimen, obstaculizando el proceso. Este comportamiento es contradictorio, pues por un lado se le exige a las entidades territoriales y a otras instituciones públicas que cumplan su papel dentro del marco de la reforma, pero no se les entrega el espacio ni las herramientas para lograrlo. El caso más grave es el de la nivelación salarial de los hospitales acordada por el gobierno central. ¿Cómo se le exige a los hospitales públicos que se vuelvan empresas eficientes cuando las decisiones básicas de operación son tomadas externamente, sin siquiera consultar a sus "gerentes"?

La misma situación se repite entre los gobiernos departamentales y los municipales, en tal magnitud, que a veces se percibe como una pelea de poder para el manejo de los recursos del sector. El resultado de estas confrontaciones no radica exclusivamente en el atraso y traumatismo que se genera en la aplicación del régimen subsidiado; tampoco permite que las instituciones se adecúen a los requerimientos del nuevo sistema. Si las instituciones encargadas de dirigir y estructurar los grandes cambios que implica la ley 100 no se están ajustando a ésta, es iluso esperar que la reforma dé los resultados esperados.

Se quiere hacer énfasis en que los problemas en la gestión de aplicación de los lineamientos establecidos por la reforma, se perciben como la principal causa de las dificultades que enfrenta el sistema actualmente. No es la estructura de la ley, ni los mecanismos que ésta creó para alcanzar sus objetivos los que están fallando, sino la capacidad institucional para llevar a cabo dichas transformaciones. El régimen subsidiado ha afrontado tal vez las peores y más severas dificultades en su implantación por las decisiones y compromisos de tipo político y por la falta de criterios de estructura en sus procesos.

Los otros dos grandes problemas, fuertemente relacionados con la deficiente gestión institucional, son las fallas en el flujo de recursos y en la información del sistema. El atraso en la entrega de recursos comienza en el Fondo de Solidaridad y Garantía¹⁷, que debe entregar los recursos de afiliación a las entidades territoriales, donde por lo general debe pasar del nivel depar-

¹⁶ Aunque ya se han detectado varias inconsistencias entre la ley 60 y la ley 100, la estructura de esta última se basa en los lineamientos descentralizadores establecidos en la ley 60.

tamental al municipal, luego debe entregarse a las ARS el valor de la UPC por el número de afiliados y éstas finalmente deben pagar los servicios contratados a los hospitales públicos. Esto es un círculo vicioso muy peligroso, pues al final de la cadena se encuentran los hospitales, de quienes depende en gran parte la afiliación futura de la población, a través de la liberación de recursos de los subsidios de oferta para su transformación en subsidios de demanda.

La gran iliquidez de los hospitales se origina principalmente en la demora de los desembolsos. Una vez más cabe preguntarse, ¿pueden los hospitales públicos volverse eficientes bajo estas condiciones?

Por otro lado, la transformación de los subsidios de oferta a demanda es uno de los mecanismos más complejos de la ley, pues de esta depende, por un lado la afiliación de la población pobre, y por otro, la conversión de los hospitales públicos en empresas. Se tienen dos objetivos que no necesariamente apuntan en el mismo sentido.

La coexistencia de un sistema de oferta y uno de demanda es muy difícil de manejar, pues genera incentivos contrarios y no permite una total transición hacia el nuevo sistema de salud. Sin embargo, dadas las características de algunos "mercados de salud" es necesario que ciertos hospitales sigan recibiendo recursos de oferta. Además, como se ha mencionado anteriormente, el sistema no ha preparado bien a los hospitales para su nuevo rol dentro de un sistema de competencia.

Sumado a la dificultad de esta situación, no ha existido un manejo claro de la política de transformación ni una transparencia en la asignación de recursos. En muchos casos las entidades territoriales no se han apropiado de este mecanismo, y no entienden su dimensión.

Finalmente, las fallas en la información también han sido un gran obstáculo para el desarrollo del sistema, y este factor afecta de una manera más directa a los usuarios, dificultando su acceso a los servicios de salud.

¹⁷ Sin tener en cuenta al Instituto de Seguro Social, ISS, la EPS pública más grande del país, que no compensó (el punto de solidaridad del régimen contributivo) al Fosyga.

Bibliografía

- Aday, Lu Ann, Ronald M. Andersen, and Gretchen V. Fleming. "Health Care in the United States. Equitable for Whom?" *Beverly Hills, CA: Sage*, 1980.
- Andersen, Ronald M. "Revisiting the Behavioral Model and Access to medical Care: Does it Matter?", *Journal of Health and Social Behaviour* 1995, Vol. 36 (March):1-10.
- Asociación Colombiana de la Salud (Assalus), Fundación FES. "La Implantación de la Ley 100 Un Reto - Logros, Dificultades". *Informe Técnico No. 1*. Santafé de Bogotá, 1997.
- Fedesarrollo, *Agenda Colombia*, Documento de Trabajo, Agosto 1998.
- Jaramillo, I. El Futuro de la Salud en Colombia - La puesta en marcha de la Ley 100. Fundación Friedrich Ebert de Colombia (Fescol), Fundación Corona, Fundación para la Educación Superior (FES), Fundación Restrepo Barco. Santafé de Bogotá, octubre de 1997.
- . "El Futuro de la Salud en Colombia - Política Social, Mercado y Descentralización". Fundación Friedrich Ebert de Colombia (Fescol), Fundación Corona, Fundación para la Educación Superior (FES), Fundación Restrepo Barco. Santafé de Bogotá, abril de 1995.
- Ministerio de Salud - Universidad de Harvard. "La Reforma a la Seguridad Social". Informe Final, Programa de Apoyo a la Reforma en Salud. Santafé de Bogotá, 1996.
- Ministerio de Salud, "Informe sobre el Comportamiento del Régimen Subsidiado y del Régimen Contributivo 1997", Dirección General de Seguridad Social, febrero de 1998.
- Molina, C.G., y Trujillo, J.P. "La Seguridad Social en Salud, Primer Estudio: La reforma del sistema de seguros de salud-una comparación de tres propuestas". Fundación Corona, Fundación para la Educación Superior (FES), Fundación Restrepo Barco -Programa Gehos. Santafé de Bogotá, enero de 1993.
- Paredes, N. "El Plan Obligatorio de Salud (POS) en el Sistema Colombiano de Seguridad Social". Documento presentado en el Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing. *Economic Development Institute, World Bank*, julio, 1997.
- Paredes, N. "La Transición en el Régimen Subsidiado en Reglamentación de la Ley 100 en Salud, Un Retroceso?" Debates de Coyuntura Social, Fedesarrollo -Fundación Corona, No. 5, Santafé de Bogotá, mayo de 1995.
- Plaza, Beatriz; Barona; Ana Beatriz, "Afiliación de la Población Pobre al Sistema de Salud Colombiano: El Caso Colombiano", Fedesarrollo, mimeografía preparada para el Naadir, la Fundación Corona y Planeación Nacional, mayo, 1998.
- Pérez, Francisco. "Determinantes de la Transformación de Subsidios de Oferta hacia el Aseguramiento en el Régimen Subsidiado de Salud en Colombia. Informe de Avance", Santafé de Bogotá. 1996.
- . "Restricciones de la Transición al Régimen Subsidiado de Salud. Documento de Trabajo", Santafé de Bogotá, octubre de 1997.
- Pérez, Francisco. "La autofinanciación de los hospitales públicos, los subsidios de salud: de oferta a demanda", Planeación & Desarrollo, Vol. XXVII, No. 1, enero-marzo 1997.
- Redondo, H. "La Reforma de la Salud en Colombia", Asociación Médica Sindical Colombiana (Asmedas). Documento de Trabajo, agosto de 1997.
- República de Colombia, "Comisión de Racionalización del Gasto y de las Finanzas Públicas. Informe Final - El Saneamiento Fiscal, Un compromiso de la sociedad, Tema III Descentralización. Racionalización del Gasto Público en Salud". Santafé de Bogotá. 1997.
- República de Colombia, Ministerio de Salud. Dirección General de Seguridad Social. "El ABC del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud - Marco Político, Filosófico, Legal y Operativo". Santafé de Bogotá, 1997.
- República de Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. "Encuesta De Calidad de Vida". Santafé de Bogotá, mayo de 1998.
- República de Colombia, Ministerio de Salud. "Lineamientos Generales para la Transición Subsidios de Oferta a Subsidios de Demanda. Manual para las Direcciones Territoriales de Salud", mayo de 1997.
- . Tomo 3 Anexo Documental: "La Reforma de la Seguridad Social en Salud". Santafé de Bogotá, 1994.
- Restrepo Jairo H. (1996), "Implementación del sistema general de seguridad social en Colombia", Tesis de Maestría, Flasco, 1996.
- Revista Estrategia. "Cómo Acelerar la Reforma de Salud para los Pobres?" Santafé de Bogotá, octubre 31, 1997.
- Velez, C. E. "Gasto Social y Desigualdad, Logros y Extravíos. Estudio de la incidencia del gasto público social en Colombia". Departamento Nacional de Planeación - Misión Social. Santafé de Bogotá, marzo de 1996.

Anexo 1

ENTREVISTAS A LOS PRINCIPALES ACTORES INSTITUCIONALES DE LA REFORMA

Nombre y cargo	Entrevista	
	Si	No
Milton Mora Director Ejecutivo, Corporación para el Desarrollo Hospitalario	X	X
Germán Fernández Cabrera Asesor del Presidente Federación Médica Colombiana	X	
Salvador Augusto Varela Cadena Presidente, Asociación Médica Sindical Colombiana	X	
Henry Mauricio Gallardo Jefe, Área de Salud, Fundación Corona		X
María del Pilar Granados Jefe, División de Salud, Departamento Nacional de Planeación		X
Luis Carlos Sandino Director de Seguridad Social, Ministerio de Salud	X	
Carlos Sarmiento Linas Director Régimen Subsidiado, Ministerio de Salud		X
Alfredo Sarmiento Director, Misión Social, Departamento Nacional de Planeación	X	
Francisco Pérez Consultor, Misión Social		X
Mónica Uribe Asesora, Vice-Ministro Técnico de Hacienda		X
Mario Mejía Director General de Presupuesto, Ministerio de Hacienda		X
Yesid Camacho Presidente, Asociación Nacional de Trabajadores de la Salud	X	
Aldo Cadena Presidente, Sindicato Nacional de Empleados de Salud		X
Alonso Gómez Duque EX-Ministro de Salud		X
Augusto Galán EX-Ministro de Salud	X	
Juan Luis Londoño EX-Ministro de Salud		X
Oscar Emilio Guerra Presidente, Asociación Colombiana de Entidades de Medicina Integral		X
Danilo Vega Arévalo Presidente, Federación Nacional de Cajas de Compensación	X	
Luis Gonzalo Giraldo Presidente, Asociación de Cajas de Compensación	X	
María Claudia García Presidente, Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas	X	
Roberto Esguerra Pres. Junta Directiva, Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas	X	
Víctor Bula Director Ejecutivo, Confederación de Empresas Solidarias de Salud	X	