

# El sector de la salud: desafíos futuros<sup>1</sup>

---

Carlos Gerardo Molina  
Ursula Giedion  
Fedesarrollo

## I. Introducción

La coyuntura actual es oportuna para plantear los desafíos futuros que afrontará el sector de la salud. Se trata de desafíos técnicos que superan, en muchos casos, el ámbito estrictamente médico. En efecto, el cambio dado a la orientación de la salud en los últimos años implica que se deben enfrentar problemas de planeación financiera, desarrollo institucional y apoyo a las regiones, de cuantificación de los ingresos y egresos del sector y del manejo de la información. Los retos médicos y epidemiológicos persisten, claro está, pero deben enfrentarse con perspectivas mucho más globales y con enfoques multidisciplinarios.

Se está en el momento en que la discusión de la salud puede cambiar de dimensión, pasando de una discusión puramente asistencial a un estadio, en el que se empiece a visualizar como un problema integral de salud pública, que

involucre a todos los actores y a la comunidad misma, que mire sus componentes como un todo y que tenga como objetivo primordial el orientarlos adecuadamente.

Lo anterior se traduce en la necesidad de redefinir el papel del Ministerio de Salud para que deje de preocuparse por los problemas particulares de cada una de las prestadoras de servicios de salud y se dedique a la fijación de los criterios técnicos que determinan el funcionamiento de todo el sistema (por ejemplo la fijación de la Unidad de Pago por Capitación "UPC", o la determinación del Plan Obligatorio de Salud "POS").

El nuevo marco legal hace posible que el sector empiece a ser uno solo, en el que confluyan sus distintos actores: el sector público, el de la seguridad social y el privado. Sin esa visión integrada será imposible abordar adecuadamente el tema de la salud.

---

<sup>1</sup> Este artículo surgió a raíz de una iniciativa del exministro de salud Juan Luis Londoño y de su equipo en un esfuerzo por evaluar los avances y problemas recientes del sector. Gran parte del artículo se apoya en la experiencia de quienes han vivido los cambios recientes.

Acorde con esta visión, el país cuenta hoy con un nuevo marco legal, basado en las Leyes 60 y 100 de 1993, que independientemente de sus aciertos o desaciertos, modifican radicalmente las bases de funcionamiento del sistema. Las nuevas leyes cambian el enfoque sobre cómo se ofrecen los servicios: mientras que la entrega de servicios se hacía antes con un concepto de "asistencia pública" respondiendo a las necesidades inmediatas de la demanda, según la nueva legislación debe basarse en un esquema de aseguramiento y su cobertura queda convertida en un derecho que pueden reclamar todos los usuarios.

Igualmente, la prestación de los servicios se concibe dentro de un esquema descentralizado, que si bien no es de total novedad en cuanto a su distribución de competencias (así asegure un papel más protagónico a los departamentos y municipios), sí lo es en la distribución de los recursos financieros: Los municipios reciben directamente gran parte de los recursos destinados a la financiación de los servicios de primer nivel.

El nuevo sistema no es, sin embargo, fácil de implementar, ni está suficientemente especificado. Lo hecho hasta el momento, más que un punto de llegada, es un punto de arranque. Se tiene un importante cuerpo legislativo que no ha empezado a implantarse, a saber: cerca de 50 decretos reglamentarios y tres documentos básicos relativos al POS, a la UPC y al Fondo de Solidaridad y Garantía. El cauce que tomen las reformas está por definirse, otorgándole al país la inmensa responsabilidad de consolidar los cambios iniciados. Es importante entender que un desarrollo desacertado o, en caso extremo, la no puesta en marcha de las Leyes 60 y 100,

dejaría al sector de la salud en una situación peor a la de las últimas décadas.

En efecto, con el nuevo marco legal se inyectaron nuevos flujos financieros al sistema (basta observar el aumento en el monto de las cotizaciones en el régimen contributivo), que de no utilizarse adecuadamente significarían no sólo un despilfarro de recursos, sino que representarían la pérdida de una oportunidad única para que el sector pueda, con base en ellos, modernizarse, estabilizar su funcionamiento, ampliar su cobertura y mejorar la equidad y calidad en la entrega de los servicios.

El nuevo marco legal ha creado, a su vez, grandes expectativas entre los participantes del sistema: se involucraron nuevos actores, como las empresas promotoras de salud (EPS); se cambió radicalmente el rol de algunos de ellos, como el de las entidades de seguridad social; y se ha pretendido una participación más directa de los usuarios. De no implementarse podría crearse no sólo una gran confusión entre los concernidos, sino también un desaliento que reduciría grandemente las posibilidades para volver a involucrarlos en nuevas reformas.

Este artículo quiere, entonces, mostrar algunos de los logros y dificultades relevantes de la gestión pública de salud en los últimos años, así como los retos y riesgos más importantes que enfrentará el sector en el futuro.

## II. Retos en el sector de la salud

Los desafíos futuros se han agrupado en seis áreas estrechamente relacionadas entre sí: la promoción y prevención de la salud; el aumento de cobertura; la búsqueda de una mayor eficien-

cia; la generación de recursos y estabilidad financiera; la producción de información y el fortalecimiento institucional del sector. Tradicionalmente éstas han sido las áreas críticas del sector.

## A. La promoción y prevención de la salud

Colombia sigue teniendo una baja esperanza de vida frente a la de los países desarrollados. Así mismo, tiene un perfil epidemiológico donde coexisten enfermedades transmisibles características del subdesarrollo junto con enfermedades no transmisibles, típicas de los países desarrollados.

Frente a esta situación, en los últimos años, el Ministerio de Salud tomó la opción de fortalecer la promoción y la prevención de la salud. Se apoyaron los ya tradicionales programas de salud pública, por ejemplo, malaria y tuberculosis. Adicionalmente, se iniciaron importantes campañas como las dirigidas a combatir el SIDA y a reducir los altos niveles de violencia del país. Estos esfuerzos deberán, sin duda, mantenerse y fortalecerse.

El impacto de estos programas es, sin embargo, insuficiente para prevenir y promover la salud integral de los colombianos, por lo cual se tomaron algunas medidas adicionales: en primera instancia, la Ley 100 reservó parte importante de los recursos a la promoción y prevención de la salud. En efecto, se creó un plan de atención básica y obligatoria que incluye todas aquellas intervenciones que se dirigen a la colectividad o a los individuos, siempre que tengan altas externalidades; tal el caso del control del alcohol o del tabaco. Así mismo, se reservó

cerca del 1% del valor del Plan Obligatorio de Salud (POS) a actividades específicas de promoción, como por ejemplo educación y prevención de factores de riesgo. Este no sólo es importante en términos del monto, sino que muestra una transición conceptual importante pues involucra abiertamente el componente de prevención al interior del plan obligatorio, uniendo procedimientos de carácter preventivo que se manejaron tradicionalmente fuera de los paquetes individuales de salud. El reto futuro reside, entonces, en que el carácter preventivo del sistema, así formulado, mantenga un papel protagónico.

Cualquier política, incluida la de promoción y prevención, requiere información para poder orientar sus actividades. Para ello, se creó un nuevo indicador síntesis de la situación de la salud en Colombia, el "AVISA" (años de vida saludables ajustados), que constituye una herramienta poderosa para el análisis del perfil epidemiológico del país. Este indicador permite una evaluación mucho más fina de los problemas de salud que el tradicional indicador de "causas de mortalidad", y sienta por primera vez las bases para calcular la carga económica para el país del mal estado de salud de los colombianos. Con base en este indicador se evidencia, por ejemplo, la gran responsabilidad de la violencia en los patrones de morbi-mortalidad de los colombianos (véase indicador de salud de este mismo número). Es justamente a combatir la violencia que deben orientarse buena parte de los recursos del sector, en especial los de carácter multi-sectorial, como los compartidos con la educación.

La construcción de este indicador, sin embargo, requiere información oportuna y un alto nivel técnico por parte de las personas que lo

manejan. Sin ellos, no podrá responder con precisión a los cambios ocurridos. Es deseable que este tipo de esfuerzos, esenciales para la buena planeación del sector, se sostengan. Ello supone, al menos dos requisitos mínimos: alta capacidad técnica y buena información.

Vale la pena subrayar al respecto el carácter eminentemente técnico de las reformas recientes. Si no existe la capacidad técnica y la voluntad política para hacer ajustes permanentes en el sistema de seguridad social (por ejemplo en la UPC y en el POS) el sistema de seguridad social no funcionará.

## B. Cobertura universal de la población

La cobertura de los servicios de salud en el país es muy deficiente. Cerca del 45% de la población colombiana urbana y del 80% de la población

rural no está protegida ni por los sistemas de seguridad social ni por la salud de carácter público. Resulta evidente la necesidad de un incremento en la cobertura, siendo el mecanismo del aseguramiento una estrategia valedera para lograrlo.

En efecto, existe una relación positiva entre la utilización de los servicios médicos y la existencia de un seguro, independiente del sobreuso de los servicios que éste pueda generar directamente. La probabilidad de asistencia a los servicios médicos sube en casi 20 puntos porcentuales para los asegurados frente a la población no asegurada (Cuadro 1) [Molina, Giedion, 1993].

Antes de la Ley 100, la mayoría de la población no asegurada dependía de la entrega de los servicios de las entidades públicas de salud o

**Cuadro 1**

**PROBABILIDADES DE ASISTENCIA DE LOS ENFERMOS A LOS SERVICIOS DE SALUD SEGUN TIPO DE AFILIACION**

Quintil	Tipo de afiliación	Probabilidad de asistencia	
		Urbano (%)	Rural(%)
1	ISS	89	89
1	Cajas Previsión	89	76
1	Otros*	90	87
1	SMP**	87	90
1	Ninguno	73	69
5	ISS	95	92
5	Cajas Previsión	95	82
5	Otros	95	90
5	SMP	93	93
5	Ninguno	85	76

Se mantuvieron constantes la edad (0 a 5 años), los servicios (posee acueducto y alcantarillado) y el nivel educativo del jefe del hogar (sin educación).

\* Incluye Caja Agraria, Cajas de Compensación Familiar y Seguro Médico Empresarial.

\*\* Servicio médico privado.

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares, septiembre 1992. Cálculos de Fedesarrollo.



del sistema "informal" y privado de la salud. El primero de ellos, no sólo por razones de tamaño sino también de caracterización de su población objetivo, no podía cubrir buena parte de esa población. Una proporción muy importante de ésta no podía asistir a los servicios médicos, siendo la razón fundamental para ello los altos costos de los servicios. En efecto, de quienes no asisten, el 50% aduce los altos costos, siendo este porcentaje más marcado en los estratos bajos (Cuadro 2). Además, la cobertura de la seguridad social estaba estancada y muy distante de corresponder siquiera al 100% de la población vinculada a la economía formal.

Frente a este problema, el sector buscó, a través de la Ley 100, un esquema radicalmente diferente de entrega de servicios, basado en el

aseguramiento de toda la población (Gráfico 1). Falta ver si este esquema es, en la práctica, exitoso o si está simplemente reproduciendo la actual forma de vinculación al sistema. Probablemente ésta es la mayor debilidad de la ley, al no desarrollar verdaderos instrumentos que aseguren en la práctica, el cumplimiento de la cobertura universal. Se destaca, eso sí, el avance dado hacia el aseguramiento familiar, lo que puede por sí solo significar un aumento de la cobertura cercano a 15 puntos porcentuales.

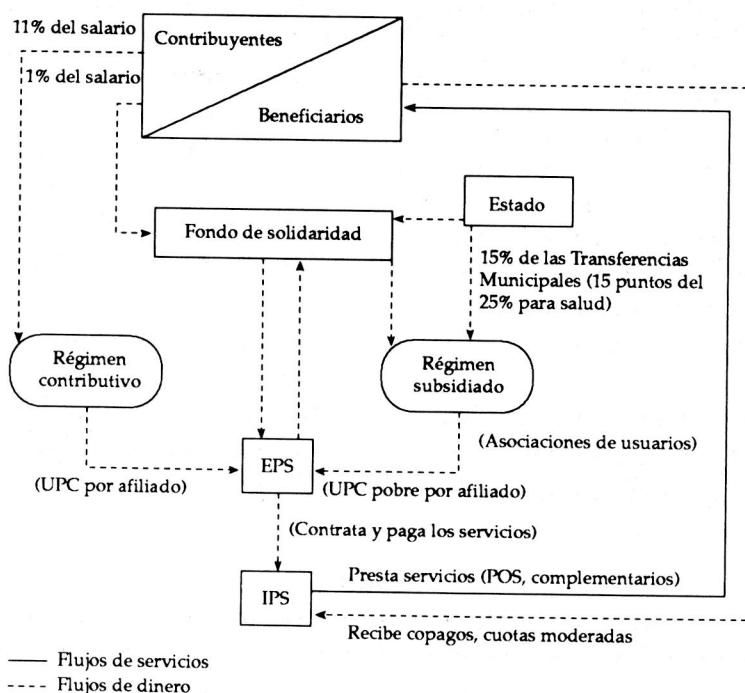
La debilidad de los instrumentos para permitir el aumento de la cobertura puede afectar a distintos grupos de población: pobres, informales no-pobres y no-pobres vinculados a la economía formal.

**Cuadro 2**  
**RAZONES DE NO-AISTENCIA, 1992 TOTAL NACIONAL**

	Total enfermos (1)	Total no asistencia (2)	(2)/(1)	Razones de no-asistencia (%)			
				Es costoso	No hay Centro Médico	No lo atendieron	Otro
1	955.861	304.713	31.9	56.8	13.7	2.5	27.0
2	944.830	246.584	26.1	55.6	8.5	2.7	33.2
3	895.627	162.909	18.2	49.9	10.5	5.4	34.2
4	919.338	112.459	12.2	40.4	5.6	4.0	50.0
5	1.032.710	83.165	8.1	27.4	2.2	2.8	67.6
Total	4.748.366	909.830	19.2	50.5	9.7	3.3	36.5

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares. septiembre de 1992 y cálculos de Fedesarrollo.

**Gráfico 1**  
**ESQUEMA DE FUNCIONAMIENTO**  
**DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, LEY 100 DE 1993**



Fuente: Molina, Gutiérrez, Wüllner, Fedesarrollo 1994.

## 1. Ampliación de la cobertura para los más vulnerables

Los mecanismos propuestos para aumentar la cobertura de la población más vulnerable, los pobres, no son suficientemente contundentes. Independiente del cambio en el concepto de asistencia pública por el de seguro de salud (que debe permitir algunos aumentos de cobertura), y de un cierto fortalecimiento de los recursos fiscales dirigidos a la misma, se indica que el mecanismo institucional privilegiado para permitir ese aumento son las Empresas Solidarias de Salud (ESS). Estas, sin embargo, en sus

mismos inicios mostraron debilidades, en particular porque si bien la población pobre puede presentar afinidades y, por ende posibilidades para asociarse, no tiene necesariamente la capacidad para administrar y gestionar recursos, una de las características exigidas a estas empresas.

Resulta sorprendente que si el objetivo de la ley es aumentar la cobertura de los pobres o del grupo informal, dado que las deficiencias de cobertura en los servicios de salud se encuentran precisamente en esas poblaciones, no se ampliara la gama de instrumentos para asegu-

rarla. Llama la atención que sólo una pequeña parte de los recursos fiscales se destinan al aumento de la cobertura y que la solidaridad entre los dos regímenes se limite al 1% de la cotización del régimen contributivo.

Más que ahondar en los aspectos operativos de la ley, se quieren plantear las tres dificultades que enfrentará en los próximos años si de veras se quiere permitir un aumento de la cobertura.

Existen, en primer lugar, restricciones financieras que dificultarán el incremento de la cobertura especialmente de la población pobre. Según cálculos hechos por la Fundación Presencia, la universalidad es factible bajo un supuesto de total eficiencia, lo que no es típico del sector, y dentro de un contexto macroeconómico favorable. En efecto, se ha supuesto que el gasto unitario por persona no aumentará después por mala administración y que toda la población potencial hará sus respectivas cotizaciones. Además de que no habrá recortes en el gasto público de la salud, lo que si bien parece haberse asegurado con la renta de destinación específica del Situado Fiscal, tiene sus riesgos una vez el nivel central empiece a reducir el monto de los ingresos corrientes, base de cálculo para las transferencias.

No hay que olvidar, en segundo lugar, que el aumento de los costos, producto de un inadecuado control en el uso de los servicios o de la tecnología, es un factor que podrá limitar fuertemente el aumento de cobertura. Estos hechos, consecuencia natural de una nueva cultura de aseguramiento, deben necesariamente combatirse, y para ello se deberán fortalecer algunos instrumentos como los que se presentan en el capítulo de eficiencia.

En efecto, mucho más importante que el mismo aumento de los costos, puede resultar el impacto ocasionado por un crecimiento incontrolado de la demanda. El gasto unitario por persona está determinado tanto por los costos unitarios (los precios) como por el volumen de la demanda. Mientras en el sistema existe un fuerte mecanismo regulador del precio que es la UPC, no hay un control para la demanda. En consecuencia, es muy probable que se observe un desbordamiento de la demanda debido a la disminución del precio marginal percibido por el usuario en un sistema de seguro. El control de la demanda constituye, entonces, uno de los grandes retos del sistema. Las formas de contratación así como la educación del usuario y préstamo del servicio pueden constituir mecanismos de control de costos. En el cuadro 3 se presentan otras sugerencias que pueden eventualmente ayudar a controlar los costos.

En tercer lugar, habrá algunas inversiones importantes que pueden afectar el equilibrio del sistema. Vale la pena mencionar la debilidad de la dotación hospitalaria. Su eventual fortalecimiento puede llegar a desviar importantes recursos, limitando la posibilidad de aumentar la cobertura.

En cuarto lugar no existen, hasta el momento, mecanismos convincentes para incentivar el aumento de cobertura para las franjas poblacionales más vulnerables. Así por ejemplo, no hay ninguna razón para pensar que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) estén interesadas en cubrir a la población pobre. En efecto, la atención de esta franja de la población es más costosa tanto por razones epidemiológicas como de mercadeo, seguimiento y control. Así mismo, en los inicios de su aseguramiento gran parte de la población pobre compensará la falta

### Cuadro 3

#### ALGUNAS SUGERENCIAS PARA CONTROLAR COSTOS

- 
- Debe analizarse como influyen sobre los costos las distintas formas de contratación
  - Debe crearse un buen sistema de información, simple y actualizado, que incluya las principales características de la población cubierta.
  - Debe establecerse una contabilidad mínima de costos, en todos los niveles del sistema.
  - Los pagos moderadores deben promoverse, aunque con flexibilidad. Sus montos deben fijarse consultando la condición socioeconómica del usuario.
  - La existencia de «gate keepers» debe promoverse como mecanismo para racionalizar el uso de los servicios y, por esa vía, disminuir los costos.
  - Debe procurarse un fortalecimiento en la organización de las IPS de primer y segundo nivel, de modo que ofrezcan bajo una misma unidad administrativa servicios complementarios para mejorar la calidad y aprovechar las economías de escala que se pueden presentar. Adicionalmente se debe recuperar la imagen de dichas instituciones, para que no se presente selección adversa por parte de los usuarios del sistema.
  - Debe promoverse que toda organización de primer nivel tenga un vínculo (no necesariamente exclusivo) con alguna institución de segundo y tercer nivel. Ello para ir en la vía de la articulación vertical del sistema. Con esta medida no sólo se logra una mayor eficiencia técnica, sino unos costos menores.
  - Debe permitirse que el POS cubra los tres niveles de atención, enfatizando en los servicios preventivos. Un sistema preventivo puede permitir unos costos más bajos de operación, en la medida en que se utilicen menos los servicios y tecnologías menos costosas.
- 

Fuente: Molina, Gutiérrez, Wüllner, Fedesarrollo, 1994.

de acceso a los servicios en el pasado, lo que los hará costosos. Todo ello indica la urgencia de ajustar la «UPC» por grupo de riesgo. Este es uno de los ejercicios técnicos que le exigirá buenos esfuerzos al Ministerio. En particular, deberá mirarse el impacto sobre la población pobre. De ahí que el Ministerio haya hecho un esfuerzo por diferenciar la UPC según grupos

poblacionales. Ha recomendado un valor mayor (30% adicional) en los departamentos de menor densidad poblacional (excluyendo sus aglomeraciones urbanas) y se proponen diferencias según los grupos étnicos y género. Sería muy importante estudiar la incidencia en el costo según grupo de ingreso para que la pobreza no se vuelva un factor de selección adversa.

Así mismo se considera insuficiente ajustar la UPC tan sólo para los departamentos más dispersos. Si se quiere aumentar la cobertura de la población rural, una de las franjas más desprotegidas de la población, es indispensable elaborar unos criterios más finos de diferenciación de la "UPC". Uno de los grandes retos del nuevo sistema de seguridad social en salud consiste, por lo tanto, en generar mecanismos de ajuste de la UPC para que se tomen en cuenta las características de los diferentes grupos poblacionales.

Es preocupante que según un reciente estudio, ninguna administradora de salud cubre, en la actualidad, voluntariamente a la población dispersa del país (Molina, Gutiérrez, Wüellner, 1994). Las seccionales departamentales parecen ser el único mecanismo de atención a la población rural pobre y lo hacen por medio de la infraestructura del Servicio Nacional de Salud (SNS). La readecuación de la red de servicios seccionales puede constituir, por lo tanto, una buena alternativa para el aumento de la cobertura de la población pobre.

Ahora bien, el poco interés de las EPS por los pobres significaría la permanencia de dos sistemas separados: el contributivo y el subsidiado, lo que va en contravía de la intención de mejorar la calidad de los servicios para la población pobre. Habrá que propiciar entonces estrategias prácticas y contundentes para permitir el aumento de la cobertura de los pobres. Sobre la coexistencia de dos regímenes, el subsidiado y el contributivo, ya se ha anotado que esta separación es en principio temporal. En teoría y con el deseo de propiciar una mayor equidad (uno de los principios básicos), debe buscarse su rápida unificación. Sin embargo, y esa es otra debili-

dad, hacerlo supondría al menos que la gran mayoría de los recursos que actualmente se asignan por subsidios a la oferta, por ejemplo a los hospitales, pasaran a entregarse como subsidios a la demanda. Ello no es fácil, como se desprende de las debilidades en la gestión. Pero no hacerlo equivale a impedir que el sistema se vuelva verdaderamente equitativo.

## **2. Ampliación de la cobertura en otros grupos poblacionales**

Los sectores informales constituyen otro grupo poblacional donde no se percibe fácilmente el aumento de la cobertura. En efecto, la obligatoriedad no es suficiente para lograr la afiliación masiva de este grupo poblacional.

Todo lo anterior indica un gran reto: es necesario inventar esquemas organizacionales e incentivos que promuevan el aumento de la cobertura entre la población más pobre. La obligatoriedad de la afiliación, y la prohibición de realizar la selección adversa no son mecanismos suficientes para garantizar el aumento de cobertura en el país. En el cuadro 4 se presentan algunas sugerencias sobre cómo aumentar la cobertura. Existe el gran riesgo de que, en ausencia de incentivos para la afiliación de los grupos más vulnerables, sólo se logre la cobertura de la población vinculada a la economía formal, en tanto que el otro grupo poblacional siga dependiendo de la asistencia pública.

## **C. Necesidad de aumentar la eficiencia del sistema: Control y nuevas reglas de juego**

La ineficiencia del sistema público de salud ha sido analizada en muchas instancias<sup>2</sup>. Esta se

## Cuadro 4

### SUGERENCIAS PARA AUMENTAR LA COBERTURA

---

- La UPC debe ajustarse según grupo poblacional
  - Toda afiliación debe tener régimen familiar (cónyuge, hijos menores de cierta edad, etc.).
  - Quienes estén afiliados deben recibir descuentos en copagos o en cualquier otro tipo de servicios no cubiertos cuando los soliciten a una IPS, frente a quienes no lo están.
  - Toda IPS debe estar en la obligación de remitir a alguna EPS los datos personales de quien, no estando afiliado a ninguna EPS, solicite sus servicios médicos.
  - Es recomendable crear alianzas de usuarios entre la población pobre para la afiliación a las EPS. Estas organizaciones tendrían como función simplemente escoger la EPS que más les conviene. No tendrían funciones financieras ni de contratación, y por tanto estarían desprovistas de espíritu empresarial. Por consiguiente, no deben existir requisitos complicados para que se desarrollen o funcionen. Se acudiría en buena medida a organizaciones ya conformadas, como cooperativas y otras asociaciones de diversa índole, para que, a través de su organización se capten grupos de población delimitados y se facilite la fidelidad de ellos frente a la EPS.
  - Las asociaciones de padres de familia en los colegios son, en este orden de ideas, buenas candidatas a OSS. En ninguna institución escolar se puede permitir que haya alumnos que no estén afiliados a alguna EPS: ellos deben presentar en su tarjeta escolar la afiliación a alguna EPS. Una bondad de ello es que los colegios agrupan poblaciones homogéneas y cautivas.
  - Para el registro de nacimiento también debe exigirse la afiliación a alguna EPS.
  - La creación de una nueva EPS o de una IPS debe tener como una condición necesaria que tenga un sistema de información operando.
  - En la estructura de afiliación de cada EPS se deben procurar mínimos de afiliados rurales (10% de sus afiliados), de población de estratos bajos (20%) y de informales (10%). Se deberá premiar a aquellas EPS que muestren mayor propensión a afiliar personas en estas categorías.
  - Para los no asalariados declarantes se podría pensar que las cotizaciones fueran proporcionales a la declaración de renta.
- 

Fuente: Molina, Gutiérrez, Wüllner, Fedesarrollo, 1994.

refleja en los continuos déficits de los hospitales, en los altos niveles de evasión, especialmente, de las rentas cedidas, en una deficiente focalización de recursos fiscales (de por sí escasos), en una mala distribución del recurso humano en el nivel territorial y dentro de las plantas de personal, y en bajos niveles de ejecución de la inversión, para nombrar sólo algunas de sus características.

En los últimos dos años, el ente central dio gran énfasis al aumento de eficiencia, y buscó dotar al sistema de reglas e instrumentos para hacerlo efectivo: cambió las reglas de juego de las entidades prestadoras de servicio, hizo unos primeros pasos para lograr una mejor distribución del recurso humano en el sistema y fortaleció el control de los principales actores. A continuación se señalan estos avances así como los riesgos que se presentarán en el futuro.

## **1. Cambio de las reglas de juego de los prestadores de servicios**

El cambio a un sistema en que los recursos financieros se asignan con base en las personas atendidas (subsidio a la demanda) es el más significativo de ellos. Con ello se modifica radicalmente el sistema de pagos como el de los incentivos financieros a los hospitales públicos. Con todo, habrá que prever una etapa de transición, de la cual dependerá si persiste o no el pago tradicional de servicio prestado y presupuesto histórico.

Sin embargo, el cambio cultural que supone pasar de un pago directo por servicio a uno de

aseguramiento puede significar aumentos importantes en el uso de los servicios. Si no se trabaja con los usuarios y con los prestadores de servicios para hacerles entender las implicaciones adversas de un mal uso de los servicios, si no se promueven cambios en las actitudes de los actores principales, el sistema permanecerá financieramente desequilibrado con los consecuentes efectos negativos sobre la calidad y cobertura de los servicios.

Las reglas de juego sólo cambiarán efectivamente si se cumple con dos condiciones, no fácilmente superables en el corto plazo: que se mantenga un alto nivel técnico en la fijación de la UPC; y, que las entidades encargadas de prestar los servicios, como también las encargadas de administrar los recursos, tengan buenos niveles de gestión que les permitan controlar y evaluar constantemente sus actividades. Es común denominador en el sector que la capacidad de gestión es baja y, por tanto, habrá que ofrecer un importante acompañamiento técnico, para que se den avances al respecto.

Un segundo elemento que se ha venido introduciendo para el aumento de la eficiencia es el impulso a la descentralización. Este, sin embargo, bien puede ser un arma de doble filo, si no se acompaña, como en el caso anterior, de un programa de asistencia técnica que ayude a las regiones y localidades a superar serios retrasos de gestión.

Otras herramientas con las cuales se pretende mejorar la eficiencia son la especialización de funciones y la introducción de competencias

<sup>2</sup> Véase por ejemplo Yepes, 1990.



entre los actores del sistema. La especialización de funciones se manifiesta con la separación entre las administradoras (EPS) y las prestadoras (IPS) de los servicios de salud. En los países de la OECD, éste ha sido un mecanismo generalizado para favorecer la eficiencia.

En cuanto a la segunda, se busca que las EPS y las IPS se vean obligadas a aumentar su eficiencia para atraer usuarios y de esta forma financiar los servicios que prestan. Con ello no se tiene en cuenta que el mercado de la salud tiene una tendencia natural a funcionar monopólicamente y probablemente lo que operará en un futuro en las regiones del país será un monopolio bilateral (hospital local-EPS/ESS local). Debe existir, por tanto, regulación a favor del equilibrio de fuerzas de manera que las negociaciones entre esos dos monopolios sean equilibradas, en beneficio de los usuarios. Más que el espejismo en el cual las fuerzas del mercado estarán compitiendo, se tendrá en las regiones dos monopolios enfrentados, que requerirán el arbitraje de una fuerza no involucrada: el Estado. Esa competencia, entonces, será una competencia regulada, en donde el papel del Estado es clave, especialmente, para equiparar las fuerzas. Este reto supone fortalecer técnicamente al Estado para que, con criterios técnicos, pueda arbitrar adecuadamente a los monopolios. Sólo en los casos en que no haya equilibrio posible entre fuerzas, será el Estado el encargado de proveer directamente los servicios.

Adicionalmente, se han hecho esfuerzos para agilizar el funcionamiento de los hospitales. En efecto, la Ley 50 de 1993 permitió la adquisición autónoma de los suministros. Esto, sin embar-

go, es aún incipiente y uno de los desafíos será el de ofrecerles una mayor y mejor asistencia técnica.

## **2. Incentivos para mejorar la distribución del recurso humano**

De otra parte, el país muestra una distribución totalmente ineficiente del recurso humano. Este se concentra en las grandes aglomeraciones dejando desprotegidos los lugares alejados. El Ministerio ha hecho un esfuerzo, aunque insuficiente, para mejorar esta situación a través de la nivelación de los salarios del personal médico y paramédico. Ello constituye un paso importante aunque tímido hacia una distribución más eficiente del recurso humano. La creación de otros incentivos para lograr una mejor distribución de los recursos humanos se constituye por lo tanto en otro reto importante para el sector.

## **D. Fortalecimiento de los mecanismos de control**

El sistema de salud se ha caracterizado por una ausencia casi total de control, permitiendo un gran desorden en el manejo de los recursos. El Ministerio de Salud dio unos primeros pasos para mejorar esta situación: el fortalecimiento de algunas instituciones de vigilancia, como por ejemplo la Superintendencia de Salud, constituye uno de los elementos más importantes que ya empieza a brindar algunos frutos. A manera de ejemplo, esta última institución dispone hoy de la información necesaria para hacer un análisis detallado de las loterías en el país.<sup>3</sup> Así mismo, se pudo establecer que la diferencia existente entre los recursos por transferir y las transferen-

<sup>3</sup> Estas contribuyen con cerca de 10% a los ingresos de los servicios seccionales de salud.

cias efectivamente realizadas por estas entidades ascendió a cerca de \$24.000 millones en 1992 (Minsalud, 1993). Es de destacar también la creación del Consejo de Seguridad Social como ente regulador supremo del sistema, ente en el cual están representados los diversos actores del sistema.

El gran reto en este aspecto consiste en fortalecer los mecanismos de vigilancia en muchos frentes, otorgándole un claro papel de intervención al Estado. En efecto, las disposiciones legales no van a ser suficientes si no se acompañan de un estricto seguimiento. Así por ejemplo, la transición de un sistema de subsidio a la oferta hacia uno de demanda contiene un riesgo intrínseco importante de ineficiencia en la asignación de los recursos, riesgo que no ha sido solucionado satisfactoriamente hasta la fecha. En efecto, existe el peligro de que en lugar de aumentar la eficiencia, se llegue a un despilfarro de los recursos a través de una doble financiación de las entidades prestadoras de salud.

### E. Aspectos financieros: aumento del nivel de recursos y posibilidades reales para asegurar su estabilidad

Los siguientes son quizás los cuatro principales limitantes financieros del sector de la salud: la escasez de los recursos públicos para atender la población pobre; las fuertes fluctuaciones en las apropiaciones presupuestales; la ineficiencia en la ejecución de los recursos, especialmente de inversión, y la falta de solidaridad entre la población protegida por seguridad social y la población que carece de ella.

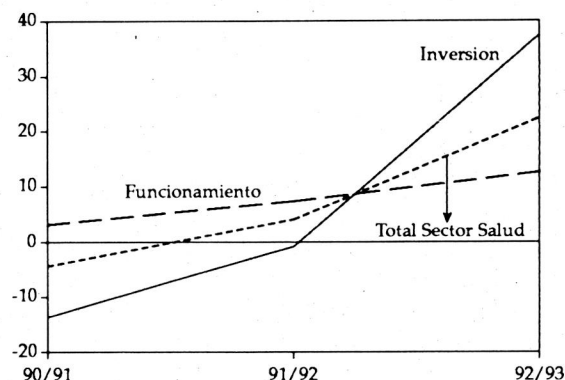
En cada uno de los frentes se han dado importantes avances. En efecto, entre 1992 y 1993, se logró un aumento real de cerca del 23%

en los gastos del sector centralizado, debido en gran parte al incremento de la inversión (Gráfico 2). Por lo menos parte de este aumento se debió a un gran conocimiento del manejo presupuestal que existió en el Ministerio en ese momento. En efecto, no sólo es necesario conocer cómo es que se deben gastar los recursos del sector, sino también saber pedirlos, y todo ello dentro del contexto macro-económico del país.

Así mismo, se logró asegurar recursos adicionales a través de algunas disposiciones de las Leyes 60 y 100, particularmente mediante el aumento de la cotización a 12%. Los incrementos generados pueden resultar los más sustanciales de los últimos 20 años en el sector.

Ahora, una dificultad alemana, que puede significar algunos importantes desajustes futuros, es que el aumento de las cotizaciones (tanto para la salud como para pensiones), puede implicar un aumento de la informalidad de la

**Gráfico 2**  
CRECIMIENTO DE RECURSOS PARA  
LA SALUD (%)



Fuente: DNP.

economía o por lo menos una mayor evasión de estos aportes. Esto podría crear notorios desequilibrios en el sistema.

En segundo lugar, se trató de introducir cierta estabilidad en los flujos financieros a través de los nuevos criterios de fijación del situado fiscal. Una de las principales críticas al sistema anterior de financiación era la incertidumbre de los recursos del sector, basados en buena medida en el Situado Fiscal, cuyo monto nunca fue claro pues tenía gran discrecionalidad al basarse en un porcentaje no cierto de los ingresos de la nación. Ahora se determina como un porcentaje de los ingresos ordinarios de la nación, siendo ésta la única renta de destinación específica que se ha logrado mantener. En el futuro habrá que hacerle un seguimiento muy estrecho a las asignaciones por Situado Fiscal, pues de quedar ellas sólo en manos del Ministerio de Hacienda, es posible que no se cumpla con lo establecido legalmente.

En tercer término, para acabar con la ineficiencia de la ejecución de la inversión, se decidió la transición del FNH (Fondo Nacional Hospitalario) hacia el Fondo de Inversión Social (FIS), recientemente creado. Esto, si bien alivió al Ministerio de Salud de los problemas cotidianos que significaba analizar las propuestas y soportar las presiones municipales y departamentales (muchas de ellas de corte politiquero), bien pudo significar la desinstitucionalización de una parte importante de las políticas del sector: el manejo de su inversión. Este efecto adverso sólo podrá atenuarse en tanto que el Ministerio de Salud conserve una alta capacidad de interlocución con el FIS y con el Ministerio de Hacienda.

Complementariamente, la forma como se está abordando la financiación de los proyectos de inversión, a través de la cofinanciación, puede no ser la más adecuada: ésta se basa más en las demandas de las entidades territoriales y no necesariamente en vacíos en la oferta en las regiones. Así, pueden beneficiarse aquellas regiones con más alta capacidad de proponer proyectos (y de poder cofinanciarlos) lo que no necesariamente corresponde a los sitios donde más se necesitan.

La falta de solidaridad entre la población formal y la población no formal pobre, sigue siendo uno de los grandes limitantes del sistema, problema que no ha sido solucionado satisfactoriamente, a nuestra manera de ver. En efecto, los mecanismos de solidaridad se limitan a transferir 1% de la cotización del régimen contributivo al régimen subsidiado. Esto no va a ser suficiente para cumplir con las estipulaciones de la Ley 100 en el sentido de ofrecer, en un futuro cercano, los mismos servicios a toda la población colombiana.

## F. Disponibilidad de información

En el sector existía una gran descoordinación y retraso en la producción de la información, y, sobre todo, poco interés por utilizarla. Los indicadores más recientes de morbilidad datan del año de 1985, y poco se conoce de los cambios epidemiológicos recientes. Tampoco, es adecuada la información financiera.

En los dos últimos años se avanzó en la posibilidad de producir información oportuna y, sobre todo, en fomentar el interés a nivel regional y nacional por utilizar realmente la información.

Respecto a lo primero es importante destacar la dotación hecha a las regiones. Hoy día es posible comunicarse e interactuar inmediatamente con el nivel central. Esta red electrónica es una de las más novedosas del país.

Convencer a las regiones de la importancia de utilizar la información, amarrado con hechos prácticos, como que la llegada de sus recursos financieros depende en buena medida del funcionamiento de este sistema, o que el equilibrio financiero de los hospitales está basado en su sistema de información, serían elementos indispensables para lograr este objetivo.

Así mismo y a nivel central, la producción del AVISA necesario para conocer los cambios epidemiológicos en el país, la misma fijación de la UPC base para el funcionamiento del sistema, la relación y funcionamiento del Fondo de Solidaridad con las EPS, se basan en la existencia de una información fluida y actualizada.

El perfeccionamiento de este sistema de información, la posibilidad de involucrar a todo el Ministerio de Salud y a las regiones en la cultura de la información y de la evaluación, es otro de los desafíos futuro. Sin ellos, la reforma de la seguridad social no podrá ser exitosa.

Aunque no directamente relacionada con el uso de la información, puede mencionarse en esta sección la importancia que ha adquirido el uso de los medios masivos de comunicación como herramienta poderosa para promover la salud. Lo interesante de esto no reside tanto en las promociones particulares que se hayan hecho recientemente a algunas de las campañas, sino mucho más en el hecho de que se aprovechó ese medio como un actor activo y decisivo en la promoción y prevención de la salud.

En efecto, se logró, desde una perspectiva de mercado, aprovechar una demanda insatisfecha por información de salud. Para ello se crearon alianzas con los medios, que les permitieron beneficiarse del potencial de demandantes, y con ello ofrecer una mejor información en salud.

## **G. El desafío institucional, quizás el mayor reto**

A lo largo del artículo se ha venido destacando la necesidad de fortalecer la capacidad técnica tanto del Ministerio como de las regiones y comunidades. Sin ella, es imposible asumir con éxito los retos que tendrán en el futuro, tales como fijar el alcance del POS y de la UPC, estimar los Avisas, mantener en funcionamiento el sistema de información, asesorar e interactuar con los múltiples y nacientes actores del sector, entre otros. Esto no ha sido asimilado por todas las instancias del Ministerio de Salud, y necesitará de un estrategia rápida de sensibilización y de apropiación de la reforma.

Así mismo, se han indicado las grandes exigencias en gestión que tendrá el Estado, en tanto que será el regulador de las fuerzas de mercado. Necesita gran capacidad técnica para poder: equiparar los posibles monopolios que surgirán, interactuar con un conjunto mucho mayor y más diverso de instituciones, liderar los complejos procesos de descentralización, encargarse de administrar el Fondo de Solidaridad, con toda la complejidad que él supone, orientar técnicamente al Consejo de Seguridad Social y controlar las diferentes fuentes de recursos para el sistema, como las fiscales, las de loterías, etc.

Probablemente, el Estado tendrá que ocuparse con alguna atención de los hospitales, los

cuales, en su transición hacia IPS tendrán considerables problemas. También, de lo que suceda con los regímenes públicos de seguridad social, que no tienen aún despejado su panorama financiero, ni su perfil organizacional.

Se ha mencionado igualmente cómo la capacidad de gestión resulta necesaria a nivel de las prestadoras y de las administradoras de la salud. Sin ella será imposible que controlen sus costos, y que hagan el mercadeo que requieren para mejorar su cobertura, y establecer formas de contratación apropiadas. Esta capacidad de gestión parece aún más retrasada en las instituciones que se ocupan de la población pobre y que manejan, por tanto, los recursos públicos.

### III. Conclusiones

En los años recientes se dio un vuelco importante a la orientación y a la administración de la salud en Colombia. Algunos de los pasos dados

pueden ser cuestionables y riesgosos como el poco énfasis dado, en la práctica, a la ampliación de la cobertura o a la equidad, pero pueden corregirse en el futuro.

Lo que sí tendría costos enormes para el país sería la ruptura del proceso iniciado. La no implementación del sistema establecido por el nuevo marco legal (Ley 60 y Ley 100) no sólo significaría un despilfarro de importantes recursos sino la pérdida de una experiencia única, no fácilmente repetible en un mediano plazo; porque le restaría credibilidad al sector después de haber creado tantas expectativas e involucrado muchos nuevos actores; porque modificaciones de esta naturaleza suponen cambios profundos en los comportamientos de sus usuarios y actores que exigen continuidad y claridad; y porque ensayos en los ministerios sociales en los que los aspectos técnicos son los dominantes son, infortunadamente, muy escasos en nuestro país.

## Bibliografía

Ministerio de Salud (1993), Análisis de las Lote-  
rías Ordinarias 1992- primer semestre 1993.  
Superintendencia Nacional de Salud,  
Santafé de Bogotá.

Ministerio de Salud (1994), La definición del  
valor del Plan Obligatorio de Salud, Infor-  
me al Consejo Nacional de Salud, versión  
aprobada, julio.

Ministerio de Salud-Departamento Nacional de  
Planeación (1990), La Salud en Colombia.  
Dirección Yepes F. Santafé de Bogotá.

Molina, Giedion et alia (1993), Incidencia del  
gasto público en salud, Fedesarrollo,  
Santafé de Bogotá.

Molina, Gutiérrez, Wüllner (1994), Las formas  
de contratación entre prestadores y admi-  
nistradoras de salud, GEHOS-Fundación  
Social, julio, Santafé de Bogotá.