

Monitoreo local de la reforma en el sector salud¹

Jairo Humberto Restrepo²

I. Introducción: ¿en qué consiste la reforma?

La reforma a la seguridad social hace parte de los cambios en materia económica, social y política emprendidos en Colombia desde comienzos de la presente década en el marco de la promulgación de una nueva Constitución, en la cual se consagra un estado social de derecho que amplía las responsabilidades públicas para atender a los ciudadanos en cuanto a la satisfacción de necesidades materiales, así como de la adopción de un nuevo modelo de desarrollo basado en la apertura de la economía al mercado mundial, la liberalización y desregulación de los mercados

internos y la modernización de organismos públicos³.

Considerando los principios constitucionales de universalidad, solidaridad y eficiencia, en diciembre de 1993 el congreso colombiano aprobó la Ley 100 por la cual se creó el sistema de seguridad social integral del que hacen parte el sistema de pensiones, el sistema de riesgos profesionales y el sistema general de seguridad social en salud, SGSSS. Este último constituye una transformación sustancial del anterior sistema de salud, de carácter múltiple y desarticulado, con el establecimiento de un nuevo esquema institucional y financiero que redefine el papel

¹ En este artículo se presenta un resumen de la investigación "Implementación local del sistema de seguridad social en salud: estudios de caso en Antioquia", la cual fue financiada por el Centro de Investigaciones Económicas -CIE- y el Comité de Investigaciones -CODI- de la Universidad de Antioquia, y contó con el apoyo técnico y operativo de Edison Vásquez y Diana Muñoz. Se agradecen los comentarios realizados por académicos y expertos del sector, particularmente del médico Alvaro López y del economista Christian Fresard.

² Profesor e investigador. Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia. (E-mail: jairo@carios.udea.edu.co).

³ Las propuestas de desarrollo que se encuentran en uno y otro documento fueron el resultado de procesos diferentes y en algunos puntos concretos resultan contradictorias (Ocampo, 1992). Una revisión sobre el proceso de reforma a la seguridad social da cuenta de esta tensión, materializada principalmente en la discusión entre los constituyentes y el Congreso de 1992, por una parte, y el gobierno del presidente Gaviria, por la otra (Restrepo, 1997).

del Estado y su mezcla con el sector privado a la manera de dos agentes complementarios y bajo la dirección y regulación por parte del primero.

La Ley 100 constituye una política pública (ver Anexo 1) que, en el área de salud, se deriva de la estructuración de un problema central: la existencia de muchas personas que no tenían acceso a la atención básica de salud. En efecto, según información oficial que soportaba la reglamentación del nuevo sistema, el 19% de la población nacional no tenía acceso a los servicios y "aún nacen en el país 200.000 niños sin asistencia médica" (Ministerio de Salud, 1994:7). Esta situación daba cuenta de una profunda desigualdad en la asignación de los recursos públicos y en la eficacia de los mismos.

La estrategia seguida para brindar cobertura a toda la población con los servicios de salud consistió en la extensión del seguro social hasta lograr la universalidad en el año 2000, con un plan obligatorio de salud que comprende servicios de los tres niveles de atención y al cual se accede mediante el pago de una contribución al sistema (12% del ingreso) o por medio de un subsidio otorgado por el Estado luego de certificar la condición de pobreza del beneficiario.

Esta reforma adquiere connotaciones importantes que la distinguen de la tendencia presentada en el resto de países de Latinoamérica. En especial, la problemática del sector salud no fue planteada en Colombia en un escenario de

crisis financiera como ha sido común en el área y, por el contrario, con el propósito de ampliar la cobertura se crearon recursos nuevos y los existentes se modificaron en su aplicación.

Otro hecho notorio del sistema colombiano se refiere a la conformación de una dirección única, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en donde tienen participación los principales actores del sistema y se definen las variables de operación del mismo, así como la creación de un fondo único nacional que permita dar cumplimiento al principio de la solidaridad en un sentido amplio, a la vez que los recursos adquieren el carácter de públicos y los agentes que intervienen en su administración obran como delegados suyos y se someten a sus reglas de operación⁴.

En el diseño del sistema también se tuvieron en cuenta desarrollos teóricos y experiencias de otros países que resultan interesantes para alcanzar la cobertura universal en un escenario de eficiencia. Por una parte, la definición de dos variables básicas sobre las cuales se regula el sistema, la unidad de pago por capitación -UPC- y el plan obligatorio de salud -POS-, junto con otros mecanismos complementarios, permite controlar la selección adversa y los problemas de escala en el aseguramiento (Donaldson, 1992). Entre otros puntos importantes puede señalarse el reconocimiento del mismo plan para todos, con un valor diferenciado por grupo de edad y costos; la exigencia a las EPSs para garantizar

⁴ En principio, con la Ley 100 se integra un sistema único para suministrar un seguro universal de salud, presentándose redistribuciones importantes entre grupos poblacionales. Este asunto constituye uno de los más críticos para alcanzar la universalidad y es así como la propia Ley establece algunas excepciones y otras vienen resultando de restricciones políticas e institucionales, destacándose el fenómeno de la evasión.

una participación mínima de los grupos de población que podrían ser excluidos (mayores de 65 años, menores de un año y mujeres en edad fértil); el reconocimiento de las licencias de maternidad por fuera de la UPC y el establecimiento del reaseguro como un mecanismo para financiar las enfermedades de alto costo sin ocasionar traumas financieros sobre las EPSs.

Por otra parte, el riesgo moral parece controlado en algunos puntos claves. El establecimiento de los copagos y las cuotas moderadoras permite contener el sobreconsumo derivado de la extensión del seguro (Friedman, 1984); además, las formas de contratación constituyen otro punto que posibilita el control sobre el riesgo moral atribuido a los proveedores (Gutiérrez, 1995).

Con todo lo anterior, la mayor distinción de la reforma colombiana tiene que ver con la integración de un sistema basado en principios de la seguridad social bismarckiana, con una visión moderna que intenta conciliar la solidaridad y la eficiencia (Jaramillo, 1997). De este modo, resulta trascendental la desaparición del sistema de asistencia pública basado en la caridad y en la atención indiscriminada y caracterizado por una oferta insuficiente y desarticulada del resto de proveedores y de la seguridad social. Ahora, este sistema se integra al mercado de servicios y contrata con los administradores del seguro la atención de los beneficiarios.

Además de presentar estas connotaciones internacionales, a nivel interno la Ley 100 constituye una de las políticas públicas más ambiciosas y complejas de las últimas décadas, comparable y relacionada en buena medida con la política de descentralización (Ley 60). El principal reto de la reforma consiste en ampliar la

cobertura de la seguridad social en salud desde un 25% de la población en 1993 hasta el 100% en el año 2000. Para alcanzar esta meta el país enfrenta dificultades políticas e institucionales, y probablemente financieras dado el comportamiento reciente de la economía y las medidas de ajuste fiscal que se tomaron a través de la Ley 344 de 1996 y las que seguramente tomará el nuevo gobierno, lo cual hace que el proceso de implementación se encuentre marcado por conflictos, demoras y contradicciones, del mismo modo que lo fue el de adopción de la política (Restrepo, 1997).

Teniendo en cuenta estas consideraciones, resulta de gran importancia conocer los avances del nuevo sistema, el cual, como se comprenderá, es visto con atención por parte de otros países y agencias internacionales y al mismo tiempo demanda la observación nacional por cuanto se encuentran involucrados cuantiosos recursos que implican un costo para la sociedad.

En este artículo se ofrece una propuesta para adelantar el monitoreo de la reforma a nivel local, en municipios medianos y pequeños, siguiendo para ello los principios en los cuales se basa el nuevo sistema (segunda parte). Ante la dificultad de acceder a información nacional y como una prueba de la metodología propuesta, se presentan los resultados de los estudios de caso adelantados en cinco municipios del departamento de Antioquia (tercera parte), a partir de los cuales se plantean algunas hipótesis y puntos de reflexión (cuarta parte).

II. Indicadores para el monitoreo

¿Qué está pasando en los municipios colombianos en torno a la reforma al sistema de salud?

¿Se alcanzará en cada uno de ellos la cobertura universal en el año 2000?. ¿Ha mejorado la eficiencia en la asignación de los recursos públicos y en la prestación de servicios hospitalarios? Estos son algunos de los interrogantes que se vienen formulando en el país y en el exterior para conocer las bondades, dificultades e imperfecciones del nuevo sistema.

Para contribuir a su solución, se ofrece un esquema de análisis y un conjunto de indicadores que pueden ser calculados periódicamente a partir de información local. Como se trata de seguir el nuevo sistema y anticiparse a evaluaciones suyas, se consideran sus tres principios fundamentales y en cada caso se proponen las variables más relevantes y los indicadores para establecer su medición. A continuación se presenta el esquema general de la propuesta y se esboza la metodología.

A. Universalidad

Como se mencionó anteriormente, el problema público que se intenta resolver con el nuevo sistema está referido al acceso desigual a los servicios de salud. A este respecto, la Ley 100 plantea: "a partir del año 2000 todo colombiano deberá estar vinculado al Sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud" (Ley 100, art. 157).

Para determinar qué está pasando con el cumplimiento de esta meta principal, resulta útil emplear un modelo conceptual acerca de los

determinantes del acceso a los servicios de salud, respondiendo a una pregunta crucial: ¿por qué la gente utiliza los servicios de salud? (Andersen, 1995). Considerando que la demanda de servicios⁵ no se modificaría por la adopción del nuevo sistema, resulta apropiado centrar el análisis sobre factores de oferta o relativos a facilidades que modifican el acceso potencial, así como sobre la utilización de servicios como indicador de demanda efectiva o acceso realizado (Cuadro 1).

Los cambios producidos sobre el acceso potencial pueden ser percibidos, en primer lugar, mediante la evolución del aseguramiento. Cuánta población está cubierta por la seguridad social, cómo participa cada uno de los dos regímenes y cuál es el grado de continuidad en la afiliación, incluyendo los problemas de evasión y elusión, son interrogantes claves para orientar este tema. Por diferencia, es posible conocer el porcentaje de personas no afiliadas en cada uno de los dos regímenes y en este indicador se concentran los avances sobre la meta de la política.

En segundo lugar, como variable central de oferta se consideran las disponibilidades, especialmente a nivel de hospital. En forma complementaria, para determinar la evolución del acceso potencial podrían considerarse los tiempos de viaje y de espera. En general, las disponibilidades se pueden expresar en términos de horas médico por habitante, equipos y grupos de servicios, aunque como punto de partida resulta importante conocer la evolución de los recursos públicos por persona pobre ya que allí reside el motor de dinamismo del régimen subsidiado.

⁵ La demanda potencial de servicios está determinada por cuestiones demográficas, niveles de educación, ocupación y creencias.

Cuadro 1

MONITOREO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PRINCIPIO DE UNIVERSALIDAD

Esquema general de indicadores			
Variable	Medidas Indicadores		
Aseguramiento	Afiliación régimen contributivo	1. Población EPS / pob. con capacidad de pago	
	Afiliación régimen subsidiado	2. Población ARS / pob. sin capacidad de pago	
	Afiliación total	3. Población (EPSs+ARSs) / población total	
	Continuidad	4. Cobertura promedio (mes/año)	
Disponibilidades	Recursos públicos por pobre	5. Situado + ICN + Fosga + otros Población sin capacidad de pago	
	Capacidad hospitalaria	6. No. camas x 10.000 habitantes	
	Personal disponible para atención médica y odontológica	7. Horas x habitante año	
	Personal disponible para promoción y prevención	8. Horas x habitante - año	
	Atención de urgencias	9. Horas médico 24 horas	
		10. Horas ambulancia 24 horas	
		11. (Camillas + camas) x 10.000 habitantes	
	Especialidades médicas	12. Horas x habitante - año	
	Utilización (Acceso real)	Paquete básico de servicios	13. \$ habitante - año
		Atención de partos	14. Partos institucionales / total
		Atención extramural	15. Consulta extramural / población rural
			16. Visitas promotores / población rural
Frecuencias de uso		17. Consulta externa x persona - año	
		18. Urgencias x persona - año	
		19. Dias hospital x persona - año	

En tercer lugar, para conocer el comportamiento del acceso real se emplean medidas relativas a la utilización de servicios en hospital, procurando detallar lo sucedido para cada grupo de población, especialmente los afiliados al régimen subsidiado. El conjunto de indicadores sobre este tema resulta de gran importancia por cuanto se pone a prueba el alcance real del sistema y se obtienen datos importantes para trasla-

dar el análisis hacia cuestiones de eficiencia y solidaridad, como se sugiere más adelante.

La información sobre producción y facturación de servicios en hospital permite dar cuenta del paquete de servicios que se viene entregando a los habitantes de la localidad, tanto en valor monetario como en términos de frecuencia de uso por tipo de servicios, al igual que

en relación con los distintos regímenes de la seguridad social. Además, es importante conocer lo sucedido en cuanto a la atención de partos, si ha aumentado la participación institucional y la atención extramural y, en general, los servicios de promoción y prevención.

B. Solidaridad

En la discusión de la problemática de la salud se ha insistido en la falta de solidaridad como un agravante de los problemas de acceso. En especial, se ha considerado a la seguridad social como un bien club que deja por fuera a las personas cuyos ingresos no se derivan de una relación salarial; además, existen varios análisis que dan cuenta de la asignación desigual de los recursos públicos (Restrepo, 1997).

Con el nuevo sistema se intenta poner en práctica la solidaridad, ofreciendo un plan de beneficios único para la familia, sin importar el monto de la cotización y combinando recursos fiscales y parafiscales para afiliar a los pobres.

Desde el punto de vista macro, puede conocerse la evolución de este principio en términos de las cotizaciones en el régimen contributivo y los aportes fiscales al fondo de solidaridad y garantía, así como el comportamiento de la afiliación a la seguridad social a nivel de departamentos o localidades.

En los municipios, a través de indicadores sobre disponibilidades y uso, es posible analizar

diferencias interlocales como un indicador de solidaridad, para lo cual puede compararse el monto de recursos por persona pobre, la cobertura del régimen subsidiado y el valor del paquete de servicios (Cuadro 2).

También es posible analizar diferencias intralocales, considerando como objeto de comparación a grupos de población residentes en el mismo municipio. Para los propósitos del nuevo sistema interesa conocer lo sucedido en cada régimen, incluyendo durante la transición a la población vinculada⁶; de este modo, puede compararse la disponibilidad de recursos públicos por persona afiliada al régimen subsidiado y por persona vinculada, la frecuencia de utilización de servicios en cada régimen y el valor del paquete de servicios para la población subsidiada, ponderada por la capitación del régimen.

C. Eficiencia

Este principio es el más atractivo para ser estudiado en una perspectiva económica y amerita algunas distinciones de tipo conceptual que lo hacen más exigente. En primer lugar, para diferenciar la eficiencia entre el sistema anterior y el nuevo, es importante tener en cuenta los cambios ocurridos a partir de la reforma, separando los efectos del aumento de recursos para salud (efecto ingreso) de aquellos que resultarían del cambio de sistema (efecto sustitución). Esto implica realizar una evaluación económica de la reforma y determinar los intercambios que

⁶ La población vinculada corresponde a las personas que, siendo objeto del subsidio público para acceder a los servicios de acuerdo con la estrategia de focalización, aún no se encuentran afiliadas a una administradora del régimen subsidiado y deben ser atendidos en organismos públicos y privados con cargo a los recursos fiscales que continúa girando el gobierno (situado fiscal y rentas cedidas, principalmente).

Cuadro 2

MONITOREO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PRINCIPIO DE SOLIDARIDAD

Esquema general de indicadores		
	Variable	Medidas Indicadores
Solidaridad interlocal	Recursos por pobre	20. Indicador 5: i - vs - j 21. Indicador 2: i - vs - j 22. Indicador 13: i - vs j
Solidaridad intralocal	Recursos públicos por vínculo	23. $\frac{\text{(Situado + otro)}}{\text{población vinculada}}$ 0.6 UPC - S
	Frecuencia de uso	24. Indicadores 16, 17, 18: Contributivo vs. subsidiado vs. vinculado 25. Indicadores 13: Con. vs. subs. vs. vinc.

ella ocasiona entre eficiencia y equidad o entre provisión pública y privada, entre otros conceptos (Stiglitz, 1992; Musgrave, 1996).

En segundo lugar, dentro del nuevo sistema puede seguirse un enfoque convencional con la diferenciación de una eficiencia macroeconómica y otra de tipo microeconómico (Funsalud, 1995). Con la primera, se busca evaluar los resultados de la utilización de recursos en una función social de producción de salud: ¿en cuánto mejora la esperanza de vida, ajustada por calidad, con la aplicación de los nuevos recursos?

La eficiencia microeconómica, por su parte, tiene en cuenta cada uno de los agentes que participan en el sistema y considera en cada caso la función objetivo que se busca maximizar (Ramírez, 1993). Dada la carencia de información de tipo macro y el poco tiempo que lleva el nuevo

sistema, el monitoreo local puede concentrarse en el aspecto micro y ocuparse de lo ocurrido a nivel de hospital y de la competencia en aseguramiento y provisión de servicios⁷.

La eficiencia de un hospital puede ser abordada desde dos perspectivas: la eficiencia técnica y la eficiencia económica (Barnum, 1993). En ambos casos, se busca reunir información que permita dar cuenta de la evolución del hospital en aspectos claves como la productividad y los costos, al igual que comparar esta situación con la presentada a nivel de otros organismos y de variables de referencia del sistema como las tarifas y la unidad de pago por capitación (Cuadro 3).

En un intento por aproximarse a lo sucedido en torno a la competencia, como uno de los supuestos que se encuentran en el modelo econó-

⁷ Además, es importante involucrar información relativa a las direcciones locales de salud y a los costos sobre el Sisben, buscando también alguna evaluación sobre la estrategia de focalización (Sojo, 1990).

Cuadro 3
MONITOREO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
PRINCIPIO DE EFICIENCIA

Esquema general de indicadores		
Variable	Medidas	Indicadores
Eficiencia técnica	Ocupación hospitalaria	26. $\frac{\text{Pacientes en hospital} \times \text{días estancia}}{\text{días cama disponible}}$
	Estancia en hospital	27. $\frac{\text{Pacientes en hospital} \times \text{días estancia}}{\text{No. pacientes en hospital}}$
	Capacidad resolutive	28. No. referencias / egresos
	Rendimiento recurso humano	29. No. referencias / urgencias 30. No. consultas - hora -médico
Eficiencia económica	Costos globales	31. $\frac{\text{Gastos (personal + mant. + equipo)}}{\text{Producción en unidad equivalente}}$
	Costos específicos	32. Gastos / producto
	Balance operacional	33. Rentas propias - gastos corrientes
	Over head	34. Gastos administración / operación
Competencia	Libre elección (rég. subsidiado)	35. No. inscripciones / afiliación total 36. No. administradoras 37. No. proveedores para elegir
	Composición afiliados	38. No. afiliados x (EPS, ARS)
	Costos de facturación	39. $\frac{\text{Gastos (personal y otros en facturación)}}{\text{Valor facturado}}$
	Proveedores	40. Tarifa media de consulta

mico convencional para alcanzar la eficiencia, también se proponen algunos indicadores que den cuenta del funcionamiento real en este aspecto.

III. Los estudios de caso

La metodología propuesta anteriormente ha sido aplicada en cinco municipios del departamento de Antioquia, en los cuales se recopiló alguna información correspondiente al período 1993-

1997 para analizar los cambios ocurridos a partir de la adopción del nuevo sistema. Se consideran como unidades de análisis, municipios inferiores a 50,000 habitantes, bajo el supuesto de que allí se presentan los principales problemas de acceso y se requieren las transformaciones institucionales más profundas, además de que en ellos existen fallas considerables en cuanto al cumplimiento de la competencia y otros puntos de partida del nuevo sistema (Harvard, 1996).

A. Una reseña de los municipios estudiados

Para efectos de motivar la comparación y buscar algunas categorías que permitan explicar el desarrollo de la reforma atendiendo a particularidades locales, a continuación se presenta una síntesis con los aspectos más sobresalientes de cada caso.

a. Municipio A: centro urbano agroindustrial

Se destaca un avance importante en la cobertura del régimen contributivo, debido especialmente al asentamiento de varias industrias; en el régimen subsidiado, en cambio, se observan pocos avances y los recursos disponibles resultan insuficientes para la atención de los vinculados, situación que viene siendo remediada con nuevos aumentos del situado fiscal.

Al iniciar el proceso de afiliación, solamente una ARS hizo presencia en el municipio a partir de un acuerdo realizado entre varias de ellas para distribuirse los municipios de la zona.

El hospital ha sido el principal protagonista y ha logrado que sus rentas propias se multiplicaran por 7,2 en términos reales a partir de 1994, logrando una disminución importante de su déficit operacional. Por su parte, la producción de servicios creció entre 1995-1997 a una tasa promedio del 1,8% anual, comportamiento

explicado básicamente por el fortalecimiento de las ayudas diagnósticas y el aumento de las consultas generales.

La nueva visión de empresa permitió descargar la ESE de las labores de promoción y prevención (se suprimieron 30 cargos), para concentrarse en la parte asistencial y sin que se haya asumido esta función de manera simultánea y en las mismas proporciones por parte de la dirección local de salud. Las actividades en esta área dan una señal de debilitamiento.

Las inversiones proyectadas en planta física en el mediano plazo son cuantiosas, superando los 2.000 millones y su objetivo central consiste en adecuar la ESE para convertirla al segundo nivel de atención.

b. Municipio B: comunidad rural pobre

La implementación local de la reforma se vio notoriamente favorecida por la política adelantada por el Ministerio de Salud y el departamento, habiéndose cumplido con la municipalización de la salud sin que la administración local haya participado activamente en el proceso y con un conocimiento precario del mismo⁸. Como consecuencia de este impulso, rápidamente se logró una gran afiliación en el régimen subsidiado (73% de la población total, en la misma ARS), financiada especialmente con recursos del Fosga, además el hospital recibió cuantiosos recursos que le han permitido una expansión considerable.

⁸ En entrevista adelantada con el alcalde en 1996, al preguntarle por las razones para haber firmado los actos de la municipalización, éste respondió: "el médico <un funcionario departamental que por cierto ya no trabaja en el municipio> me convenció de que eso es una cosa muy buena, que no vamos a tener problemas con Medellín y vamos a manejar directamente los recursos". Al tiempo, los requisitos solamente se cumplieron desde el punto de vista formal, a través de cartas de intención.

El personal asistencial dedicado a las labores de promoción y prevención se duplicó, lo que ha permitido un aumento de las actividades en este campo (18.9% en 1996, 11,9% en 1997); sin embargo la participación relativa dentro del agregado de la producción ha disminuido y, en casos concretos como las visitas a familias, se presentan caídas en el número de actividades realizadas.

En materia de producción de servicios el crecimiento promedio de su valor en los dos últimos años ha sido del 6.3%, una cifra bastante discreta y explicada principalmente por el comportamiento de la consulta general y el egreso hospitalario. Se destaca, en sentido positivo, una mayor participación de los partos institucionales en el total del municipio.

c. Municipio C: centro regional cafetero

El hospital, de carácter regional y con alguna competencia en servicios ambulatorios, ha recibido recursos públicos importantes que le han permitido reducir su déficit, aunque los gastos también han crecido de manera considerable y requieren de transferencias nacionales para la supervivencia del organismo. Los recursos disponibles para la prestación de servicios en salud no variaron significativamente, ya que el hospital contaba con una infraestructura para atender la demanda regional, de suerte que el sobrecosto de administración se dispó.

Por último, se puede destacar que la producción de servicios tuvo un crecimiento im-

portante a pesar de que, como en todos los casos estudiados, también se ha presentado un aumento de los costos medios del servicio y un menor rendimiento productivo del personal en términos de las mayores erogaciones por dicho concepto. El aumento en la producción asciende al 50% entre 1995-1997 y obedece en buena parte a lo sucedido con los egresos hospitalarios, habiendo aumentado tanto su número como el promedio de la estancia.

d. Municipio D: centro turístico

La cifra de cobertura es bastante aventajada respecto de otras localidades (82% de la población total); los niveles 1 y 2 del Sisben se encuentran asegurados casi en un 100% , aunque es notorio el alto número de documentos de afiliación a la ARS que no han sido entregados⁹.

El hospital ha experimentado grandes cambios en cuanto a la ampliación de la planta de personal y las inversiones en remodelación y adecuación de las diversas áreas de atención. Registra el mayor over head, un 44% sobre la nómina de personas de atención, y se vislumbran problemas para el sostenimiento del organismo debido a la disminución que comienza a presentar el situado fiscal.

En materia de producción de servicios el crecimiento promedio en los dos últimos años ha sido del 6%, una cifra bastante discreta y explicada en su totalidad por el comportamiento de la consulta general.

⁹ En visita realizada a este municipio realizada en marzo de 1997 se encontró que al menos un 30% de la población afiliada tenía su carné en la oficina del Sisben. Esta situación ilustra uno de los problemas que al parecer se intentan resolver con el Acuerdo 77 de 1997, el mismo que se combina con el hecho de la imposibilidad real de aplicar la libre elección y con los arreglos que se dan entre administradoras para distribuir la población del régimen subsidiado.

e. Municipio E: centro regional diversificado

Las transferencias nacionales del Situado Fiscal son aún la principal fuente de financiamiento y el Fosga no llega a ser significativo.

La cobertura en salud es baja (50,1%) y apenas se tiene asegurado en tres ARS al 33,7% de la población identificada en los niveles 1 y 2.

A nivel del hospital los cambios más drásticos responden al notable aumento de la nómina, en especial en el grupo asistencial.

La producción de servicios creció en los dos últimos años a una tasa promedio del 8,7%, comportamiento explicado básicamente por el fortalecimiento de las ayudas diagnósticas y el aumento de la consulta general y especializada.

B. Resultados generales

A continuación se presentan los hallazgos más sobresalientes de estos estudios. Se sigue, en la medida de lo posible, el esquema planteado en la sección II, con la advertencia de que los resultados pueden obedecer en buena parte al impulso que tuvo el desarrollo de la reforma en Antioquia, en medio de voluntad política y con una capacidad institucional favorable, en comparación con la gran mayoría de municipios del país.

a. Recursos públicos

Como era de esperarse, los recursos públicos para financiar el sector salud a nivel local han crecido de manera espectacular y entre ellos se ha modificado la composición acorde con el nuevo sistema. A nivel nacional se estima que entre 1995 y 1996 se

habría producido un aumento del gasto público en salud de 1% del PIB, así como un aumento de las participaciones correspondientes a las transferencias de inversión social y los nuevos recursos del fondo de solidaridad y garantía, los cuales en conjunto habrían pasado del 1% de los recursos del sector en 1991 al 31% en 1996 (Duarte, 1997). Igualmente, el gasto en salud efectuado por departamentos y municipios creció en términos reales el 29% en 1994 y el 33% en 1995 (Banco de la República, 1996).

En los casos estudiados se presenta una buena evidencia de este fenómeno (Cuadro 4). El conjunto de recursos para salud creció a tasas reales significativas, con los mayores aumentos en 1995 y 1996 y con algunas diferencias entre los municipios especialmente por el peso que adquiere el régimen subsidiado en cada caso y por el monto de recursos per cápita de que se partió en 1993, denotando este hecho una tendencia favorable hacia la convergencia de los ingresos para financiar la atención de los pobres.

Además, se ha alcanzado una nueva composición de estos ingresos, siguiendo la clasificación derivada de las normas, de manera que el peso de los recursos de demanda (transferencias para inversión social -régimen subsidiado- y Fosga), los cuales explican la mayoría de los nuevos recursos, se encuentra entre un 56% y un 76% del total.

La evolución de estos recursos, ponderados por la población pobre, ofrece un mejor indicador para determinar los efectos de la reforma. La separación de esta población entre las personas afiliadas al régimen subsidiado y las que permanecen como vinculados, da cuenta de un aumento impresionante en las disponibilidades por persona no afiliada, lo cual resulta del hecho de que la aplicación de los nuevos recursos no

Cuadro 4
RECURSOS PUBLICOS: RESULTADOS COMPARATIVOS

Item	Municipio				
	A	B	C	D	E
Crecimiento anual 1993-1997 ^a	45,9	43,3	23,6	27,5	13,4
Percápita 1993 (\$miles)	21,7	33,2	88,1	68,0	n.d.
Percápita 1997 (\$miles)	60,1	71,8	184,0	124,5	78,7
Vinculado / 0,6 UPC-S ^b	0,88	1,55	3,94	2,27	1,35
Composición 1997 (%)					
Oferta	30,2	24,0	31,0	38,0	44,0
Demanda	69,8	76,0	69,0	62,0	56,0

^a Tasa real promedio anual.

^b El 60% de la capitación del régimen subsidiado se destina, en la práctica, para contratar a nivel local la atención de primer nivel, los demás recursos se gastan por fuera de la localidad.

estuvo acompañada de una reducción o ajuste en la asignación de transferencias o subsidios a la oferta, generando un fenómeno de ilusión presupuestaria que podría provocar el sobredimensionamiento de los servicios de primer nivel o incluso problemas de corrupción y mayores ineficiencias¹⁰.

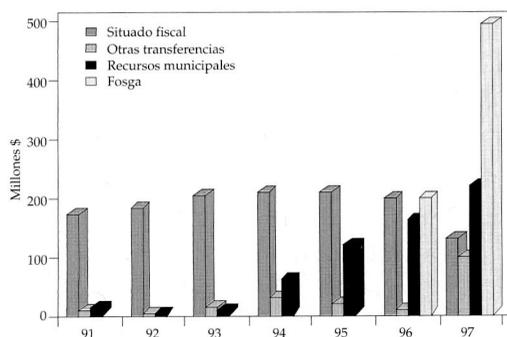
Para ilustrar esta situación, considérese como caso extremo lo sucedido en el municipio B (comunidad rural pobre con 7000 habitantes) en donde se produjo rápidamente la afiliación de la población perteneciente a los niveles socioeconómicos 1 y 2 debido en especial al impulso dado a través de los dineros de solidaridad del Fosga (Gráfico 1), al mismo tiempo que se mantenían las transferencias del situado fiscal y el hospital comenzó a recibir cuantiosos recursos para la

atención de las personas subsidiadas (un 60% de la capitación; ver Anexo 2). Esta situación favoreció la duplicación de la planta de personal del hospital, de la que hacen parte nuevos profesionales como gerontólogo, psicólogo y bacterióloga; igualmente, propició el incremento de inversiones en infraestructura, entre las cuales puede cuestionarse la construcción de un laboratorio.

El hecho de ampliar las posibilidades de prestar servicios no sería cuestionado si no existieran desigualdades tan marcadas entre municipios a la vez que se duda de la sostenibilidad de estas ampliaciones, en especial si se modifica el esquema de pago en el régimen subsidiado y cuando lleguen a reducirse los recursos del situado fiscal.

¹⁰ Los agentes encargados de gerenciar la reforma a nivel local, especialmente en el hospital, percibirían un aumento en el ingreso permanente de su organismo, cuando se trata de un efecto transitorio que podría incluso cambiar de signo con la transformación de recursos. Basados en esta percepción, estos agentes provocarían un aumento del gasto permanente (aumento de salarios, nuevo personal de planta, ampliación de planta física, camas y adquisición de equipos) que más adelante podría hacerse insostenible.

Gráfico 1
EVOLUCION DE LOS RECURSOS DEL
SECTOR SALUD EN EL MUNICIPIO B



Fuente: ESE-Hospital local, Ejecuciones presupuestales de ingreso y gasto, Tesorería Municipal. Ejecuciones presupuestales de ingreso y gasto, Banco de la República. Indicadores del sector público no financiero 1987-1995.

b. Aseguramiento

Los importantes avances en la incorporación de la población a la seguridad social son atribuidos

especialmente al desarrollo alcanzado por el régimen subsidiado. Sin embargo, se aprecia un cierto estancamiento debido por un lado a las dificultades para aumentar la cobertura del régimen contributivo, dado que se presenta una fuerte relación entre el grado de urbanización y el porcentaje de personas asalariadas y el nivel de afiliación (Cuadro 5), el cual, en los casos más extremos, se reduce a las familias con empleo en el sector público.

Por otro lado, aunque en general falta poco para alcanzar la cobertura en los niveles 1 y 2 del Sisben, se presentan en los municipios dificultades en la atención del nivel 3 y, en general, de la población vinculada sobre la cual no existe claridad de quién se trata y en algunos casos es considerada sencillamente como la que no posee seguridad social. Los problemas tienen que ver con el hecho de que aún asisten personas no identificadas mediante el Sisben que manifiestan ser pobres, otras que teniendo la clasificación

Cuadro 5
COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Item	Municipio				
	A	B	C	D	E
Generalidades					
Población (miles)	30,2	7,4	30,4	5,1	37,0
% Urbanización	40,0	16,0	52,2	57,5	64,0
INBI	29,0	70,0	39,0	27,0	40,0
% SISBEN 1 y 2	46,8	79,1	48,7	48,6	62,8
% Asalariados	21,0	6,8	15,1	11,8	n,d
Cobertura					
Afiliación régimen contributivo (%)	30,0	7,6	20,9	36,3	28,9
Afiliación régimen subsidiado (%)	21,5	72,7	34,9	45,7	21,2
Total	51,5	81,3	55,8	82,0	50,1
Población por afiliar (1 y 2; %)	25,3	6,4	13,8	3,7	12,8

Fuente: ESE-hospitales locales, Sisben municipal y Anuario Estadístico de Antioquia 1994.

manifiestan imposibilidad de hacer efectivo el copago correspondiente; igualmente, se destaca un trato desigual entre estas personas y las afiliadas al régimen, en especial en el suministro de medicamentos, en los apoyos diagnósticos y en la referencia a otros organismos.

c. Acceso potencial

El aumento de los recursos financieros y la mayor cobertura del seguro social implican cambios importantes para facilitar el acceso a los servicios. En general, se observan incrementos en las plantas de personal de hospitales, nuevas inversiones en planta física y equipos, apertura de nuevos servicios y mayor dotación de suministros y medicamentos. De nuevo, llama la atención el hecho de que, en general, estas ampliaciones no son el resultado de una evaluación que relacione su capacidad productiva con la demanda.

Como una aproximación a estos cambios, se compararon las disponibilidades de recursos

humanos para promoción y prevención, atención médica y atención odontológica. En general, se presentó un aumento importante en las horas de personal contratadas por persona-año, con un comportamiento diferenciado entre municipios y para cada grupo de actividades: los mayores cambios se dieron en donde se registraron los mayores avances en aseguramiento y donde, probablemente, se tenía un mayor uso de la capacidad instalada; por otra parte, en atención médica se dieron los principales cambios mientras en odontología se presentó un cierto estancamiento y en promoción y prevención no existió una tendencia marcada (Cuadro 6).

d. Acceso realizado (uso de servicios)

Considerando un paquete de servicios de menor complejidad, ofrecido en los hospitales y compuesto por atención ambulatoria (consulta externa y urgencias), medicamentos y egresos hospitalarios, entre 1993 y 1997 se habría presentado un aumento en el volumen de servicios

Cuadro 6
DISPONIBILIDAD DEL RECURSO
(Hora atención/persona año)

Municipio	Año	Promoción prevención	Atención médica	Atención odontológica	Total
A	1993	n.d.	1,2	0,1	1,3
	1997	n.d.	2,2	0,5	3,1
B	1993	2,0	0,3	0,3	2,6
	1997	4,8	0,6	0,3	5,7
C	1993	1,3	4,2	0,6	6,1
	1997	0,8	5,4	0,6	6,8
D	1993	3,5	2,4	0,7	6,6
	1997	4,0	2,7	0,9	7,6
E	1993	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	1997	n.d.	6,0	0,4	6,4

Fuente: ESE-hospitales locales y Plantas de personal 1997.

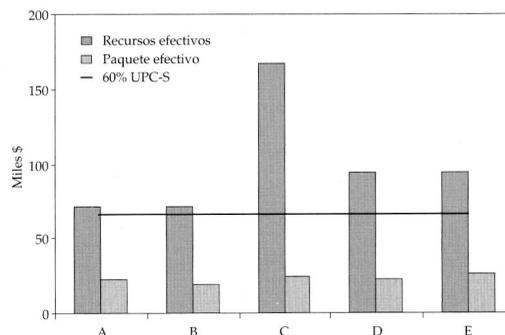
por habitante, aunque en general este cambio se encuentra por debajo de lo sucedido con los recursos públicos y está jalonado, de manera importante, por el aumento en medicamentos (Anexo 3).

Si se considera un paquete de servicios más amplio que el anterior, para el período 1995-1997, incluyendo partos y salud oral, puede señalarse que se obtienen resultados similares entre municipios y, en todos los casos, con un valor inferior al reconocimiento que se hace en el POS subsidiado por los mismos servicios. En el Gráfico 2 se relacionan el valor reconocido a través del sistema de capitación por este grupo de servicios en 1997, los recursos efectivos por persona pobre (régimen subsidiado y vinculados) y el valor de los servicios producidos por persona en el año, sin considerar el régimen al cual pertenecen; obsérvense las diferencias tan notorias, las cuales se presume que son mayores si se toman en cuenta las frecuencias de utilización en el caso de la población del régimen subsidiado.

Aunque se desconoce la participación de los distintos grupos de población en la demanda de los servicios, los mayores avances en producción se presentan en las localidades en las cuales se alcanzan las coberturas más altas de la seguridad social. Este hecho constituye una evidencia empírica de los efectos que trae consigo la adopción del seguro de salud y en tal sentido resulta importante avanzar en su explicación en términos

Gráfico 2

RECURSOS POR PERSONA POBRE EN 1997, VALOR 60% DE LA UPC-S Y PAQUETE EFECTIVO DE SERVICIO



de fenómenos de riesgo moral¹¹ o de una disminución en la demanda insatisfecha.

Como una aproximación al peso que adquiere cada régimen de la seguridad social en la demanda de servicios, se tomó para un período corto (primer semestre de 1997) la frecuencia de uso en consultas y egresos, mostrando en general que las mayores frecuencias se encuentran entre la población del régimen contributivo, con diferencias notorias sobre el subsidiado y, en algunos casos, las de los vinculados también se encuentran por encima de los subsidiados (Anexo 3). Estas diferencias presentan una coincidencia con las formas de pago adoptadas en los diferentes regímenes, de manera que mientras los servicios prestados a los afiliados al régimen contributivo y a los vinculados son remunerados

¹¹ En un municipio se relataba por parte de la enfermera comunitaria una experiencia interesante acerca del cambio en el comportamiento de las madres cuyos hijos habían nacido durante el año y para las cuales se adelantaban programas de promoción, especialmente para los cuidados de la fiebre de los niños. Con el nuevo sistema se incrementaron notoriamente las consultas para estos niños, por causas que eran tratadas en aquellos programas, buscando además el suministro de medicamentos.

mediante el pago por evento, en el caso de los subsidiados predomina la capitación¹².

e. Principales cambios en hospitales

Indiscutiblemente, las modificaciones más importantes ocurridas a partir de la reforma se han de materializar en los hospitales públicos, sobre todo cuando éstos se comportan como monopolios o poseen una posición dominante entre el conjunto de proveedores. Entre los casos que se estudiaron se aprecia, en primer lugar, una modificación en la estructura financiera de

estos organismos, de manera que se viene aumentando el ahorro propio (una disminución del déficit operacional; ver Cuadro 7) y, en algunos casos, se ha alcanzado el autofinanciamiento, situación que ha sido favorecida particularmente por la contratación del régimen subsidiado bajo la modalidad de capitación, así como en los reconocimientos del régimen contributivo y los cambios de tipo contable en los recursos que ingresan para atender a los vinculados (Anexo 2)¹³.

En segundo lugar, se han presentado cambios importantes en las plantas de personal, lo cual

Cuadro 7
PRINCIPALES CAMBIOS EN HOSPITALES

Item	Municipio				
	A	B	C	D	E
Recursos financieros					
Rentas propias 1993-1997 (%) ^a	62,8	54,5	36,2	67,6	n.d.
Resultado operacional 1993 (% gastos corrientes)	-60,0	-79,0	-64,9	-73,2	-63,2
Resultado operacional 1997 (% gastos corrientes)	-20,0	7,0	-36,2	-16,9	-25,8
Inversión 1993 (% gastos totales)	2,1	4,0	7,0	0,0	n.d.
Inversión 1997 (% gastos totales)	9,1	29,0	8,0	6,0	6,2
Planta de personal					
Crecimiento de cargos 1993-1997 (%)	77,0	100,0	14,8	208,0	n.d.
Over head 1993 ^b	0,13	0,12	0,21	0,14	n.d.
Over head 1997 ^b	0,32	0,32	0,31	0,44	0,34
Producción de servicios^c					
Crecimiento 1995-1997 (%)	34,0	36,0	56,7	18,3	26,4

^a Tasa real de crecimiento anual.

^b Sobrecosto personal administrativo/personal asistencial.

^c La producción fue valorada según metodología de unidad equivalente (ver Anexo 5).

Fuente: ESE, Hospitales locales. Ejecuciones presupuestales.

¹² En la presentación del trabajo en uno de los municipios estudiados el gerente de una ESE argumentaba: "me interesa prestarle muchos servicios a los contributivos, porque cada cosa me la pagan y es importante para el hospital ocupar su capacidad; en cambio, no me interesa atender a los subsidiados, en lo posible que se devuelvan o en todo caso que no reciban servicios muy costosos y prolongados; más bien, haremos trabajo de promoción y prevención".

también se encuentra relacionado con los avances en la cobertura del aseguramiento. Aunque, como ya se sugirió, ésto ha representado una mayor disponibilidad para la atención, se destaca una contribución grande en el crecimiento de parte de los empleados destinados a labores administrativas, lo cual implicó un aumento del over head desde un promedio de 15% en 1993 a 35% en 1997 (ver Cuadro 7).

En tercer lugar, la producción de servicios en los hospitales ha tenido crecimientos importantes aunque a ritmos inferiores a lo sucedido con los ingresos y los gastos. En cuanto a la contribución de los distintos servicios a estos cambios, no se percibe una tendencia general a pesar de que puede resaltarse una caída en la participación de los servicios de odontología y una disminución en términos absolutos de algunas labores de promoción como las visitas a familias y las visitas de saneamiento.

Y en cuarto lugar, al presentarse un aumento en ingresos y gastos superior a lo sucedido con la producción, se genera un crecimiento del gasto medio y una caída en la productividad.

IV. Conclusiones: a manera de hipótesis

Este trabajo propone una metodología para su estudio y discusión entre expertos e investiga-

dores¹⁴. La tarea de perfeccionar el diseño de indicadores, resulta útil para dar cuenta de los alcances, dificultades y debilidades que presenta el sistema general de seguridad social en salud.

Teniendo en cuenta los resultados de los estudios de caso y manteniendo una mirada integral sobre la reforma, se plantean a nivel de hipótesis y como puntos de reflexión algunos puntos que darían cuenta de problemas de implementación de la reforma y, en tal sentido, constituyen señales de alarma para quienes toman las decisiones en estos campos.

A. Se estancó el aseguramiento

Las posibilidades de ampliar la cobertura de la seguridad social se habrían agotado en los primeros años de vigencia del sistema. El régimen contributivo logró cubrir a la familia del afiliado en el sistema anterior y se mantiene atado sobre la población dependiente ubicada en áreas urbanas¹⁵.

Por su parte, en el régimen subsidiado se presentaron las principales afiliaciones a partir de los nuevos recursos dispuestos en la Ley 100, pero ahora los avances dependen especialmente de la transformación de recursos, proceso que también habrá de corregir las desigualdades regionales debido a que los primeros desembolsos estuvieron concentrados en ciertos departamentos.

¹³ En los nuevos registros presupuestales se toma el situado fiscal para atender a la población vinculada como una renta propia, lo cual resulta apropiado si se tiene en cuenta que se está subsidiando la demanda y se adopta una forma de contratación basada en el pago por evento.

¹⁴ En forma preliminar, el 13 de marzo del presente año se realizó una reunión técnica con académicos, investigadores y personal técnico del Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud, la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Fedesarrollo, la Universidad de Antioquia y Asmedas, entre otros organismos.

B. Persisten desigualdades e insolidaridad

La comparación entre los casos estudiados y entre éstos y localidades de otras zonas del país permite plantear la existencia de diferencias interlocales en cuanto a la disponibilidad de recursos y la cobertura del régimen subsidiado, lo cual ya fue advertido en otros análisis (Vargas, 1997), así como diferencias intralocales entre grupos de población, particularmente entre las personas subsidiadas y las vinculadas.

Por otra parte, la reducción del "pari passu", establecido en la Ley 344 de 1996, al igual que los problemas de evasión y elusión, darían cuenta de fallas en la solidaridad fiscal y parafiscal.

C. Desarrollo de atención curativa

Aunque no se posee la misma evidencia en los casos estudiados se observa con preocupación el descuido que pudieron haber tenido durante los últimos tres años las labores de promoción y prevención, incluyendo la vigilancia epidemiológica. En algunos casos se registró disminución del personal y se detectó una caída en actividades específicas como las visitas de promotores a familias, las visitas de saneamiento y las consultas extramurales. Esta situación es explicada en buena medida por las imprecisiones que existieron acerca de la frontera entre el PAB y la promoción del POS, además del conflicto que se ha presentado en relación con ésta última debido a que se diluye la responsabilidad y nadie sabe

a qué se están destinando los recursos correspondientes.

En forma contraria, se encuentra un aumento de los recursos para la atención médica y, aunque en algunos casos es evidente el efecto positivo por ejemplo con una mayor participación en la atención de los partos, se sospecha que en buena parte se debe a los efectos de la extensión del seguro, al riesgo moral tanto por el lado de los consumidores como de los mismos hospitales, que ahora se ven presionados a fortalecer sus rentas propias.

D. La confusión entre oferta y demanda

En el lenguaje oficial y también entre algunos académicos y técnicos se han tomado de manera automática denominaciones que requieren de una conceptualización económica y de mayor rigor al momento de producir análisis y tomar decisiones. Concretamente, se ha vuelto un cliché denominar subsidios a la oferta a los recursos fiscales recibidos por los organismos prestadores, a la vez que se llaman subsidios a la demanda a la unidad de pago por capitación del régimen subsidiado, de manera que resulta sencillo afirmar que los hospitales públicos no han mejorado su situación financiera y continúan siendo sostenidos por los subsidios públicos (González, 1997).

Es importante tener en cuenta en el análisis que ciertamente la reforma volcó los recursos hacia la demanda y para ello adoptó la estrategia

¹⁵ Un análisis preliminar de la información disponible en 1996 sugería, además, que se estaría presentando una profundización de las desigualdades regionales, con los mayores avances de la cobertura en las grandes ciudades mientras que en los departamentos más pobres y dispersos incluso se habrían producido retiros del régimen (Restrepo, 1997).

de la focalización o selectividad del gasto público. Esta es una parte del problema, en buena medida el punto de partida para la implementación del nuevo sistema, pero la más compleja se refiere a las formas de pago para mantener el subsidio a la demanda y garantizar el acceso de los pobres a los servicios de salud¹⁶. En tal sentido, es pertinente considerar los ingresos por atención a la población vinculada como un recurso de demanda derivado del pago por evento por parte de un administrador transitorio de los subsidios; otra cosa es que no se esté realizando la facturación y que, por inercia, se continúe con un pago basado en el presupuesto histórico.

Por otra parte, siendo la capitación otra forma de pago, la misma que podría adoptarse para financiar la atención de los vinculados, se advierte que por su desfase con los gastos efectuados en términos de servicios entregados a los pobres, probablemente propicien una expansión innecesaria de la oferta debido a una ilusión presupuestaria.

E. Barreras al acceso

Los resultados relativos a la incorporación de los pobres a la seguridad social, al igual que el aumento en las disponibilidades para brindar la atención, constituyen avances importantes que modifican el acceso potencial. Sin embargo, es importante profundizar el análisis relativo a otras facilidades sobre las cuales probablemente no se ha puesto la atención debido al sesgo introducido

por la estrategia del aseguramiento y el énfasis puesto sobre la demanda, como son las distancias de los centros de atención, lo cual implica fortalecer los equipos y brigadas móviles, la información y las imperfecciones relativas al Sisben.

F. Aumento de los costos

Los aumentos en el acceso potencial y en la producción de servicios, que pueden considerarse como bondades del nuevo sistema, se encuentran relacionadas con un aumento en los costos y una caída en la productividad. Esta situación resulta explicada en buena medida por los cambios en la función de producción de los servicios de salud al incorporarse una mayor proporción de labores administrativas (intermediación de ARS, gerencia de hospitales, facturación, sistemas de información, entre otros), y probablemente, por aumentos en los costos de los insumos, particularmente los salarios del personal asistencial.

G. Política dual

La revisión de los casos presentados en este trabajo y su comparación con lo sucedido especialmente en las grandes ciudades, destaca la importancia de considerar una aplicación dual de la reforma. De manera que sea posible diferenciar las localidades más pequeñas, especialmente en lo relativo a la competencia en el aseguramiento, en las formas de contratación y en la identificación de la población mediante el Sisben.

¹⁶ Otra confusión enorme que se observa en este proceso de implementación, se refiere a la no diferenciación entre el seguro de salud (la capitación pagada a las administradoras) y los servicios de salud, de suerte que en muchos casos se invoca el número de personas afiliadas para referirse a los éxitos del sistema, cuando se está mirando la estrategia y no la meta, la cual se consulta en términos del aumento en el acceso a los servicios y del mejoramiento en las condiciones de vida.

Bibliografía

- Andersen, Ronald (1995), "Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?". *Journal of health and social behavior*. Vol. 36, págs. 1-10.
- Banco de la República (1996), *Indicadores del sector público no financiero 1987-1995*. Santafé de Bogotá.
- Banco Mundial (1993), *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud*. Washington.
- Barnum, H. and Kutzin, J. (1993) in *Public hospitals in developing countries: resource use, cost, financing*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Barr, Nicholas (1993), *The economics of the welfare state*. 2a. ed. Londres, Weidenfield and Nicolson.
- Bloom, Gerard H. (1994), "La administración del desarrollo del sector salud: los mercados y la reforma institucional". En: Colclough, Christopher y Manor, James. *¿Estados o mercados? El neoliberalismo y el debate sobre las políticas de desarrollo*. México, FCE, págs. 300-330.
- Departamento Nacional de Planeación (1991), *La Revolución Pacífica. Plan de Desarrollo Económico y Social 1990-1994*. Santafé de Bogotá, Editora Géminis.
- Donaldson, Cam and Gerard, Karen (1992), *Economics of health care financing: the visible hand*. Hong Kong, Mcmillan Press Ltd.
- Duarte, Jesús (1997), "Problemas del esquema actual de asignación de recursos en educación y salud". *Coyuntura Social*. No. 16, Santafé de Bogotá, págs. 74-90.
- Friedman, Lee S. (1984), *Microeconomic Policy Analysis: An introduction*. 2a. ed. New Jersey, Prentice-Hall
- González, Jorge y Pérez, Francisco (1997), "Salud: la transición de los hospitales públicos de Colombia hacia la financiación por venta de servicios (1993-1995)". *Coyuntura Social*. No. 16, Santafé de Bogotá, págs. 21-37.
- Gutiérrez, Catalina; Molina, Carlos G.; Wüllner, Andrea y Giedion, Ursula (1995), *Las formas de contratación entre prestadoras y administradoras de salud: sus perspectivas en el marco de la seguridad social*. Santafé de Bogotá: Gehos-Fundación Social.
- Harvard University School of Public Health (1996), "Report on Colombian Health Reform and Proposed Master Implementation Plan. Revised Draft Final Report". Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud.
- Jaime González, Volmar (1994), "La reglamentación del sistema general de seguridad social en salud. Integralidad y contradicciones con la Ley 100-93 y sus principios". Santafé de Bogotá: FESCOL.
- Jaramillo, Iván (1997), *El futuro de la salud en Colombia*. 3a. ed., Santafé de Bogotá, Tercer Mundo Editores.
- Jaramillo, Iván; Paredes, Nelcy; Olano, Guillermo; Londoño, Francisco (1995), "Reglamentación de la Ley 100 en salud: ¿un retroceso?". *Coyuntura Social*. Debates No. 5. Santafé de Bogotá.
- Jaramillo, Iván y Suárez, Elizabeth (1995), *La aplicación de la Ley 100 de 1993 a la salud de Bogotá. El caso del Silos de Usaquén*. Santafé de Bogotá: Fundación Corona.
- Katz, Jorge y Miranda, Ernesto (1995), "Reforma del sector salud, satisfacción del consumidor y contención de costos". *Serie Políticas Públicas* 12. Santiago de Chile: CEPAL.
- Kronick, Richard (1994), "Managed competition in health care". *Decisions in imaging economics*. Vol. 5 No. 1, Houston, págs. 4-9.
- Ministerio de Salud (1994), *La reforma a la seguridad social*. Santafé de Bogotá, Carrera 7a., 3t.
- Molina, Carlos G. y Giedion, Ursula (1994), "El sector de la salud: desafíos futuros". *Coyuntura Social*. No. 11, Santafé de Bogotá, págs. 71-87.
- Ocampo, José Antonio (1992), "Reforma del Estado y desarrollo económico y social en Colombia". *Análisis Político*. No. 17. Santafé de Bogotá, págs. 3-40.
- Pressman, J. y Wildavsky, A. (1973), *Implementation*, Berkeley University Press.
- Ramírez, Juan Carlos (1993), "Los actores sociales en la reforma de la seguridad social en salud -intereses, propuestas y responsabilidades-". *Documentos de trabajo*, Santafé de Bogotá: Fescol.
- Restrepo, Jairo H. (1997), "Implementación local del sistema de seguridad social en salud: estudios de caso en Antioquia". Medellín: Centro de Investigaciones Económicas, U. de Antioquia.
- Sojo, Ana (1990), "Naturaleza y selectividad del gasto público". *Revista de la CEPAL*. No. 41, Santiago de Chile, págs. 183-200.
- Stiglitz, J. (1992), "La economía del sector público". Barcelona, Antoni Bosch.
- Vargas, Jorge y Sarmiento, Alfredo (1997), "Descentralización de los servicios de educación y salud en Colombia". *Coyuntura Social*. No. 16, Santafé de Bogotá, págs. 91-135.

Anexo 1

LA LEY 100 COMO POLITICA (Esquema de una lectura técnica)

Objetivos

- Crear condiciones de acceso a toda la población al servicio en todos los niveles de atención.
- Regular el servicio público esencial de salud.

Estrategias

- Extender la seguridad social en salud a toda la población.
- Mejorar la eficiencia en la asignación de recursos para salud.
- Asegurar la participación social y la concertación.
- Organizar la prestación de servicios en forma descentralizada.

Meta principal

- Aumento gradual de la cobertura del seguro social de salud hasta alcanzar el 100% de la población e en el año 2000.

Medidas fundamentales

- *Cobertura:*
 - ✓ Cobertura familiar. Aumento de la cotización del 7% al 12%.
 - ✓ Creación del régimen subsidiado.
 - *Beneficios:*
 - ✓ POS: Plan obligatorio de salud (bien preferente).
 - ✓ PAB: Plan de atención básica (bien público).
 - ✓ PC: Plan complementario (bien privado).
 - *Estructura:*
 - ✓ Dirección vigilancia y control (CNSSS).
 - ✓ Administración y financiación (EPS, DSS, DLS).
 - ✓ Instituciones prestadoras de servicios (IPS, ESE).
 - ✓ Contribuyentes.
 - ✓ Beneficiarios (afiliado y su familia).
 - ✓ Copagos.
 - *Financiación:*
 - ✓ Régimen contributivo. Cotizaciones a la seguridad social.
 - ✓ Régimen subsidiado. Recursos de solidaridad y recursos fiscales.
-

Anexo 2
OPERACIONES EFECTIVAS DE LA ESE
CASO COMUNIDAD RURAL POBRE (Municipio B)
(Cifras en millones de pesos constantes de 1997)

Concepto	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Rentas propias	17,3	10,5	17,3	19,6	32,8	60,0	215,2	476,3
Pacientes asistenciales	8,6	5,4	8,5	10,3	17,7	33,8	11,1	10,7
Particulares y pensionados	6,6	3,6	5,2	2,9	6,9	20,1	15,3	15,3
Empresas	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	61,3	45,6
Administración del régimen subsidiado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	115,9	325,8
Regimen vinculado convenio situado fiscal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	66,7
Urgencias	0,0	0,0	0,0	2,1	3,3	0,0	7,5	6,2
Soat	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otras	2,1	1,6	3,6	4,2	3,4	6,0	4,1	6,0
Gastos corrientes	62,3	38,4	54,5	94,8	122,7	150,4	311,7	445,0
Funcionamiento	60,7	35,3	46,3	79,8	104,3	142,3	268,7	425,4
Servicios personales	32,4	14,5	20,1	35,8	59,5	66,4	178,4	302,3
Suministros	10,2	9,6	7,3	20,8	13,2	27,2	32,1	52,3
Gastos generales	18,0	11,2	18,9	23,2	31,6	48,7	58,1	70,8
Transferencias	1,6	3,1	8,3	15,0	18,4	8,1	43,1	19,6
Ahorro propio (A-B)	-45,0	-27,9	-37,2	-75,2	-89,9	-90,4	-96,5	31,3
(% gastos corrientes)	72,2	72,7	68,3	79,3	73,3	60,1	31,0	7,0
Transferencias	56,1	26,6	45,2	76,0	99,0	85,8	209,8	138,9
Situado fiscal	26,6	20,8	44,2	61,9	69,3	69,2	138,5	40,8
Otros	29,5	5,8	1,1	14,1	29,7	16,7	71,3	98,1
Ahorro corriente (C+D)	11,1	-1,3	8,0	0,8	9,1	-4,6	113,3	170,2
Gastos de capital	1,1	1,8	3,5	4,0	2,6	4,0	44,5	183,3
Ingreso capital	0,0	8,5	4,9	20,0	9,5	0,0	11,2	138,3
Déficit o superávit total (E - F + G)	10,0	5,3	9,4	16,9	16,0	-8,6	80,0	125,2

Nota: Las cifras constantes se calcularon con el índice de precios al consumidor total nacional, los factores de actualización son los siguientes: 1990=4.0981, 1991=2.2320, 1992=2.5823, 1993=2.1059, 1994=1.7190, 1995=1.4378, 1996=1.1768, 1997=1.
Fuente: ESE-hospital local. Ejecución presupuestal de rentas 1990-1997.

Anexo 3

ACCESO. FRECUENCIA DE UTILIZACION Y VALOR DEL PAQUETE SERVICIOS

Item	Municipio				
	A	B	C	D	E
Acceso y utilización de servicios					
Frecuencia de utilización consulta/persona-año (1997)					
Régimen contributivo	2,1	1,7	n.d	2,0	n.d
Régimen subsidiado	1,1	0,5	n.d	1,4	n.d
Régimen vinculado	0,6	0,9	n.d	2,1	n.d
Paquete básico/habitante (1993-1997)^a					
Sin medicamentos (%)	27,0	0,5	9,8	0,3	13,2
Con medicamentos (%)	32,3	30,7	10,3	25,8	7,0
Paquete de servicios en 1997 (\$/persona)					
Atención ambulatoria	8.847	8.235	10.745	10.036	11.131
Hospitalización primer nivel	3.699	1.286	4.033	658.000	3.358
Partos	3.492	2.980	2.948	2.536	5.198
Salud oral	1.088	2.111	951.000	2.134	1.295
Paquetes con medicamentos	22.907	19.335	24.410	22.634	26.259
% POS-S (serv. Equivalentes)	46,3	39,1	49,4	45,7	53,1

^a Paquete de menor complejidad que comprende: Consulta general, urgencias, hospitalización y medicamentos. Se considera una tasa real de crecimiento anual.

Fuente: ESE-hospitales locales. Presupuestos, informes de facturación. Sisben municipal.

Anexo 4
PRODUCCION DE HOSPITALES 1995-1997
CRECIMIENTO ACUMULADO Y CONTRIBUCION DE CADA SERVICIO

Item	Municipio				
	A	B	C	D	E
Volumen de producción 1995 ^a	40.378	9.118	73.545	9.595	95.718
Volumen de producción 1997 ^a	58.168	11.872	115.521	11.649	134.831
Crecimiento Producción 1995-1997 (%)	34,0	36,0	56,7	18,3	26,4
Contribución al crecimiento:					
Consulta médica general	36,4	62,9	14,6	136,8	24,6
Consulta médica por Urgencias	2,2	6,7	-2,7	-12,8	-8,2
Consulta médica especializada	-36,2		8,6		19,0
Hospitalización	19,6	13,3	31,4	-14,7	16,0
Partos	-0,5	31,6	8,6	-4,2	-15,6
Rayos X -incluido EKG y ECG-	6,7		15,8	1,4	13,8
Pruebas de Laboratorio	66,2		21,3		32,9
Endoscopia			4,2		8,2
Consulta odontológica 1ra vez	2,5	-8,1	-0,5	-0,6	0,9
Consulta odontológica por urgencias	-1,1	-5,1	0,2	0,4	0,0
Controles odontológicos	6,3	-1,9	-1,5	-3,5	0,7
Sellantes aplicados	-8,1	-2,6	-0,4	-15,5	6,7
Visitas comunitarias y de saneamiento	2,7	3,1	1,1	9,4	-0,4
Consulta con Sicológo -sesión-	-2,0		0,1	3,3	0,7
Consulta con Nutricionista			-0,6		0,7
Consulta con Optómetra	5,1				

^a Producción valorada en unidad equivalente de consulta médica general, correspondiente al primer semestre.
Fuente: ESE-hospitales locales, Gerenciales mensuales de Evaluación e Actividades, 1995-1997.