

Panorama de la Reforma en Salud en Colombia

Luis Enrique Mayorga Mogollón

Se analizan los factores sectoriales y extrasectoriales que influyeron en el proceso de reforma del sistema de salud en Colombia, los cambios en la proporción de población afiliada y el gasto en salud. Se revisan las características de los planes de atención, individual y colectiva, y el efecto de la intermediación financiera. Aunque no hay consenso en las cifras que refieren al porcentaje de afiliación se acepta que no supera 60%, persiste la atención diferencial acorde con la condición socioeconómica y permanece un amplio sector de población fuera del sistema de seguridad social. Se destaca de la reforma del sistema de salud la creación de nuevas fuentes de financiación del sector y la contribución para mejorar la distribución del ingreso. Si se asume la salud como un bien meritorio y, por tanto, fuera de la libre competencia, la reforma deberá reorientarse partiendo de cambiar el modelo de mercado que la sustenta, para que coadyuve a disminuir la inequidad y la exclusión social. *Salud UIS 2002; 34: 115-118*

Palabras Claves: Seguridad social, Sistemas de salud, Colombia

The inherent factors to health sector are analyzed as well as external factors that have influence over the health system reform in Colombia. It was reviewed the changes in some indicators of the health system. There is no unanimity approach the proportion of beneficiaries, but is accepted less than sixty percent. There is a different care according to socioeconomic status and wide population stay without social security. The health care system reform establish new sources to finance it and improve the income share out. Since health is meritorious goodness must be exempt free trade. It has been proposed to reorganize the health care system starting with change of the marketing model that supports it for help to decrease inequities. *Salud UIS 2002; 34: 115-118*

Key Words: Social security, Health care system, Colombia

“...la evolución de los servicios médicos debe entenderse en términos de la relación entre el cambio interno y las presiones del exterior...y entre los procesos específicos que se relacionan con el sector de los servicios públicos y los procesos exógenos, tales como el ingreso y el crecimiento”.¹

De las reformas institucionales, dentro del proceso de reconfiguración estatal en Colombia, la reforma de la seguridad social en salud ha sido de las de mayor relevancia social, dada la sensibilidad del tema a que refiere y la cantidad de recursos económicos comprometidos en este segmento de actividad social. El paso del Sistema Nacional de Salud al Sistema General de Seguridad Social en Salud estuvo enmarcado por factores externos, sectoriales y extrasectoriales, e internos.

La globalización de la economía y el surgimiento de nuevos actores (léase organismos financieros internacionales) en la toma de decisiones en salud, el

afianzamiento de la concepción política neoliberal, la terciarización de la economía y la desmovilización de fuerzas de presión social secundario a los cambios políticos posteriores al derrumbe del bloque socialista, llevó a que desde la segunda mitad de los años ochenta se iniciara un proceso de reconfiguración de los sistemas de salud y el sector social se viera como fuente de ahorro de los gastos del Estado para pagar compromisos de deuda externa.² Se impuso una agenda que reduce la responsabilidad estatal con la salud con el fin de producir ahorro fiscal y abrir espacios de negocios a aseguradoras y prestadores de servicios de salud privados y a empresas trasnacionales de equipos e insumos médicos y de atención curativa.

El Informe sobre el Desarrollo Mundial, publicado en 1993,² concluyó que había una asignación equivocada de recursos en los sistemas de salud, dedicándose una proporción importante de ellos a intervenciones de escaso beneficio y que era necesario utilizar adecuadamente los escasos recursos de los países en desarrollo mediante una estricta definición de las externalidades de las acciones de salud y la focalización del gasto público en los más pobres. Propugnó por la competencia como factor de eficiencia y de ampliación de la oportunidad de elección por los usuarios de servicios de salud y por separar las funciones de

Hospital Caicedo y Flórez. Suaita (Santander)

Correspondencia: Hospital Caicedo y Flórez. Salida a Vado Real. Suaita (Santander).

Sector 17 Bloque 20 A-12 Apto 323 Bucarica Tercera etapa. Floridablanca. Teléfono: 6480388

E-mail: luisemayorga@hotmail.com

Recibido 26 abril 2002, Aceptado 26 septiembre 2002

regulación, financiamiento, articulación y prestación de servicios de salud. Propuso, también, la recuperación de costos y establecimiento de cuotas moderadoras en el uso de los servicios de salud y la subsidiaridad del Estado en Salud, es decir la responsabilidad primordial del individuo y las familias por su salud. La aparente desideologización y despolitización de la salud pretendió darle un carácter neutral, tecnocrático, a los procesos de cambio en salud.

Deben destacarse en este punto algunos antecedentes nacionales dentro del proceso que justificó la reforma sectorial de 1993. Antes de la ley 100 de 1993 “la tendencia histórica apuntaba a una fragmentación del sistema de servicios de salud según la capacidad de pago”.³ En Colombia en los años sesenta había cinco formas diferentes de atención en salud, constituyendo una organización social fragmentada con base en la dinámica del mercado y con limitada injerencia del Estado.³ El sistema de salud organizado en la década del 70, resultado de tensiones entre actores sociopolíticos (trabajadores sindicalizados, empleados públicos, empresarios, juntas de beneficencia, médicos) que obtuvieron parcialmente lo que cada uno pretendía, se diseñó con la intención de articular tres subsectores independientes: el oficial, el de seguridad social y el privado, pero finalmente cada uno siguió su propio camino.

El sistema general de seguridad social en salud separa funciones:

- Dirección: Consejo Nacional de Seguridad Social, Ministerio de Salud, Direcciones departamentales y municipales.
- Financiamiento: a través del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, con cuatro subcuentas: de compensación interna del régimen contributivo, de solidaridad del régimen subsidiado, de promoción de la salud, de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.
- Administración: Empresas Promotoras de Salud, Administradores del Régimen Subsidiado y Administradoras de Riesgos Profesionales.
- Prestación de servicios: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Empresas Solidarias del Estado.
- Vigilancia y control: Superintendencia Nacional de Salud.

La atención en salud se compone del Plan de Atención Básica (PAB), el Plan Obligatorio de Salud (POS) y los planes complementarios. El PAB incluye las actividades

de promoción de la salud colectiva y prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control intersectorial de los factores de riesgo. El POS es un conjunto básico de servicios de atención individual, contiene actividades de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y suministro de medicamentos esenciales genéricos.

“Aunque la equidad o la inequidad de las condiciones de salud no se produce a partir de la organización de los servicios de salud, ellos sí pueden acentuar algunas inequidades, profundizando la exclusión de los beneficios a ciertos grupos ya excluidos; puede provocar nuevos excluidos o ser factor distributivo favorecedor de equidad”.⁴ La medición del coeficiente de Gini es la metodología más común para evaluar la concentración del ingreso en una población, su valoración es inversamente proporcional a la equidad de la distribución del ingreso. El coeficiente de Gini toma valores entre cero (igualdad perfecta) y uno (desigualdad total);⁶ si en una sociedad una persona percibe todo el ingreso el coeficiente de Gini será 1, si todos perciben el mismo ingreso el coeficiente de Gini será cero, un coeficiente 0.6 representa más desigualdad que uno de 0.4.

Entre 1993 y 1997 el nuevo sistema de salud contribuyó a que la población más pobre incrementara el ingreso en 45% y el coeficiente de Gini pasara de 0.565 a 0.523 y se consiguió mayor acceso a los servicios de salud como resultado del incremento de la afiliación.⁷ Pero la afiliación no siempre significa de manera inmediata crecimiento de la cobertura, acceso o la utilización de los servicios de salud, puesto que aunque es probable que la afiliación sí genere un acceso potencial superior no siempre significa mayor cobertura, acceso y utilización que en el anterior Sistema Nacional de Salud.

Además, para estos cálculos no se contaron los “afiliados” al viejo Sistema Nacional de Salud⁷ y en ese 23.7% de afiliación, línea de base de la cual parten algunos estudios que comparan coberturas de los dos sistemas, solo se expresa la población afiliada al ISS y a las Cajas, aunque sí se registra la utilización de servicios en todos los componentes del sistema.

Otros datos⁸ confirman esta apreciación, mencionándose que antes de la reforma la cobertura se aproximaba al 70% (35% oficial, 20% seguridad social y 15% privado) y se señala disminución de la cobertura en relación a las cifras previas y dentro del mismo proceso del nuevo sistema, concluyéndose que alrededor de la mitad de la población colombiana permanece sin aseguramiento en

salud. Los datos oficiales dan cuenta de 56% de la población, al finalizar el año 2001, afiliada al sistema de seguridad social en salud.⁹

La falta de cobertura universal implica la exclusión de una parte de la población de los beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la existencia de dos regímenes de afiliación (contributivo y subsidiado) y de servicios de atención o Plan Obligatorio de Salud castiga a los más pobres generando, también, procesos de exclusión pues las diferencias en los POS inducen mayores gastos de bolsillo en el sector subsidiado.⁷

Otro estudio,¹⁰ considerando la afiliación al SGSSS un indicador de equidad en el acceso a los servicios de salud, encontró incremento en la cobertura de afiliación entre 1993 y 1997 de 23% a 57%, pero considerando la hospitalización y el uso de servicios de salud indicadores de equidad en la utilización de servicios, no encontró variación en los indicadores de concentración correspondientes a la utilización de servicios y concluye que los efectos sobre la inequidad en la utilización de los servicios de salud no son claros. Es decir, no hay acuerdo acerca del que podría considerarse el punto de partida para evaluar el proceso de reforma del sistema de salud, la afiliación y el gasto en salud (Ver tabla 1). Obviamente, sobre los demás aspectos del sistema de salud, equidad financiera, calidad, deterioro de algunos indicadores de salud pública, las opiniones y cifras de los estudios parciales también divergen. Se destaca como avance importante de la reforma la creación de nuevas fuentes de financiamiento del sector¹¹ y se menciona la necesidad de reinsertar la salud pública en la agenda de la reforma fortaleciendo las funciones esenciales de la salud pública.¹²

El nuevo sistema de salud en Colombia, a casi una década de existencia, polariza las opiniones referentes a su bondad, desde las optimistas y esperanzadas hasta

Tabla 1. Porcentaje de población afiliada al SGSSS y gasto en salud (como porcentaje del PIB). (Fuentes: Departamento Nacional de Planeación. Indicadores de coyuntura económica. 2000. DANE 2000; Ministerio de Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2001. Disponible en: URL: <http://www.minsalud.gov.co>, septiembre 2002; Colombia modelo mundial de salud. URL: <http://www.dinero.com/>, septiembre 2002).

Año	Afiliados	Gasto Público	Gasto Privado	Gasto Total
1995	31.5%	4.3	3.2	7.5
1997	56.7%	5.3	3.9	9.2
2000	56.6 vs. 53.76 %	3.87	ND	ND

quienes le consideran burda expresión del libre mercado aplicado a los servicios de salud. La reforma partió de separar los servicios individuales de salud, dejándolos en manos del mercado con competencia regulada, y los servicios colectivos, a cargo del Estado; se diseñó sobre supuestos que no se han dado como el aumento del empleo formal y el crecimiento económico.³

La intermediación financiera ha incrementado los costos y la burocracia generada por el control y auditoría, ya que las empresas aseguradoras ponen más énfasis en la contención de costos que en la calidad de la atención.² La intermediación financiera es el mecanismo con mayor responsabilidad del consumo y la desviación en el flujo y aplicación de los recursos (desviación de recursos a favor de intermediarios financieros).¹³

Además, la lógica del mercado reduce los derechos a lo estrictamente contractual,³ reduciéndose la salud a la atención de la enfermedad. Los aseguradores presionan a los prestadores para disminuir costos mediante el control de tarifas; los prestadores presionan sobre los trabajadores del sector, generándose distanciamientos entre la necesidad del usuario y los servicios prestados; es decir, la eficiencia económica tiende a disminuir la calidad, la oportunidad y la eficacia del servicio.³

Se profundiza la atención diferencial en salud: medicina prepagada para ricos, régimen contributivo con un plan obligatorio de salud para sectores medios y medicina para pobres o régimen subsidiado.³ Además, se segregó aún más la población en razón de su condición socioeconómica y quedó un amplio sector desprotegido, los "vinculados".

Es decir, se aprecia un sistema desintegrado y segmentado, incapaz de superar en términos de accesibilidad las cifras anteriores del Sistema Nacional de Salud, con una severa crisis financiera de las instituciones, a pesar del aumento de recursos para salud en relación con el PIB, teniendo en cuenta que algunos informes mencionan que Colombia destina a salud 10.8% del PIB,⁸ variables éstas que se relacionan con otras, bien como causa o como efecto: organización institucional, aseguramiento, universalización, equidad.

Como bien dice Álvaro Franco,¹⁴ no solo a partir de lo sectorial cambiará la situación de salud sino que una perspectiva sociopolítica debe orientar la transformación para el logro de la salud universal. Al considerar la salud un bien meritorio, ésta debe estar fuera de toda ley de libre competencia.

Es necesario auspiciar la salud individual y colectiva, pero especialmente fortalecer el papel del Estado sobre problemas estructurales como empleo, educación, seguridad alimentaria, protección del ambiente, pues “cuando el papel de los servicios de salud se reduce a la atención curativa o a la atención hospitalaria de enfermos, el impacto en la salud y el desarrollo es marginal, pues contribuyen solo a modificar parcialmente la calidad de vida de una parte de la población que utiliza los servicios asistenciales, sin incidir sobre la esperanza de vida de la mayoría de la población”.¹⁵

Concebida la salud como parte del bienestar, a la vez condición y resultante social, es un producto socialmente construido.¹⁴ Entonces, aunque se dé el aseguramiento universal con el Estado como garante de los grupos que no alcanzan a cotizar, si contrario a privilegiar la salud para todos, prevalece el interés extrasectorial de reducir el gasto público social y abrir los sectores sociales a la competencia del mercado privado, privilegiando su participación con el argumento de la eficiencia económica, continuará la desintegración en la atención en salud, favoreciendo la exclusión social y profundizando las inequidades.

REFERENCIAS

1. Abel C. Ensayos de historia de la salud en Colombia 1920-1990. Bogotá: Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales. Universidad Nacional de Colombia, 1996: 16.
2. Granados R, Gómez M. La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: Resultados y balance. Revista de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. 2000; 2: 97-120.
3. Hernández M. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. Revista de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. 2000; 2: 121-144.
4. Álvarez LE, Echeverri ME. Una mirada general a la situación de salud en Antioquia. Movimiento por la salud pública, capítulo Medellín. Available from: URL: <http://www.movsalud.colnodo.org.co> (septiembre 2002).
5. Sánchez F, Núñez J. La ley 100/93 sí llegó a las personas de menores ingresos. Revista vía salud 1999; (9). Bogotá: Centro de gestión hospitalaria.
6. Organización Panamericana de la Salud. Medición de desigualdades en salud: coeficiente de Gini e índice de concentración. Boletín epidemiológico 2001; 22 (1).
7. Martínez P, Rodríguez LA, Agudelo CA. Equidad en la política de reforma del sistema de salud. Revista de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. 2001; 3: 13-39.
8. Franco A. Seguridad social y salud en Colombia: Estado de la Reforma. Revista de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. 2000; 2: 1-16.
9. Salud Colombia. Subsidiado cerró con once millones de afiliados. Available from: URL: <http://www.saludcolombia.com> (septiembre 2002).
10. Céspedes JE, Jaramillo I, Martínez R, Olaya S, Reynales J, Uribe C y col. Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. Revista de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. 2000; 2: 145-164.
11. Castaño R, Arbelaez J, Giedion U, Morales L. Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2001. Cepal. Serie financiamiento del desarrollo.
12. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Guerra de Macedo C, Hanna W y col. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Rev Panam Salud Pública 2000; 8 (1): 126-134.
13. Málaga H, Latorre M, Cárdenas J, Montiel H, Sampson C, Taborde M y cols. Equidad y reforma en salud en Colombia. Revista de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. 2000; 2: 193-219.
14. Franco A. Las políticas públicas en salud al final del siglo. Revista de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. 2000; 2: 220-232.
15. Agudelo CA. Desarrollo y Salud. Revista de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. 1999; 1: 17-27.