

1-1-2013

Evaluación de las políticas públicas de salud implantadas en Colombia a partir de 1993 hasta 2011

Héctor Hernando Carvajal Sierra
Universidad de La Salle, Bogotá

Follow this and additional works at: <https://ciencia.lasalle.edu.co/economia>

Citación recomendada

Carvajal Sierra, H. H. (2013). Evaluación de las políticas públicas de salud implantadas en Colombia a partir de 1993 hasta 2011. Retrieved from <https://ciencia.lasalle.edu.co/economia/223>

This Trabajo de grado - Pregrado is brought to you for free and open access by the Facultad de Economía, Empresa y Desarrollo Sostenible - FEEDS at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in Economía by an authorized administrator of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.



**EVOLUCIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD IMPLANTADAS EN
COLOMBIA A PARTIR DE 1993 HASTA 2011**

UNIVERSIDAD DE LA SALLE

Héctor Hernando Carvajal Sierra

Cód 10022231

2012

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Dr. Carlos Vanegas por su invaluable apoyo orientación y asesoría para la realización del presente trabajo de investigación.

Las consideraciones expresadas aquí, son de exclusiva responsabilidad del autor.

TABLA DE CONTENIDO

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | RESUMEN | 5 |
| 1.1 | ABSTRAC | 5 |
| 1.2 | PALABRAS CLAVE | 6 |
| 1.3 | CLASIFICACIÓN JEL | 6 |
| 1.4 | INTROITO | 7 |
| 2. | CAPITULO I | 9 |
| 2.1 | LA REFORMA DE LA SALUD EN COLOMBIA: FACTORES EXÓGENOS Y ENDÓGENOS | 9 |
| 3. | CAPÍTULO II | 18 |
| 3.1 | ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD EN EL PERIODO 1993 2011 | 18 |
| 3.1.1 | Delimitación de política pública | 18 |
| 3.1.2 | Políticas públicas en salud 1993 – 2011: formulación, Implementación, evaluación | 19 |
| 3.1.2.1 | Formulación | 19 |
| 3.1.2.2 | Implementación | 21 |
| 3.1.2.3 | Evaluación | 23 |
| 4. | CAPITULO III | 25 |
| 4.1 | RESULTADOS DE LA REFORMA EN SALUD A 18 AÑOS DE SU IMPLEMENTACIÓN | 25 |
| 4.2 | Financiación del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia | 27 |
| 4.3 | Los fallos de mercado en salud | 32 |
| 4.4 | Delimitación de Eficacia, Eficiencia y Efectividad | 35 |
| 4.5 | Eficacia del modelo neoliberal aplicado en las políticas públicas de salud a partir de la ley 100 de 1993 | 37 |
| 4.5.1 | Puntuación de eficacia en cobertura por periodos | 45 |
| 4.6 | Eficiencia del modelo neoliberal aplicado en las políticas públicas de salud a partir de la ley 100 de 1993 | 46 |

| | | |
|-------|--|----|
| 4.6.1 | Eficiencia en cobertura de salud | 50 |
| 4.7 | Efectividad del modelo neoliberal aplicado en las políticas públicas de salud a partir de la ley 100 de 1993 | 51 |
| 4.7.1 | Efectividad en la cobertura en salud | 57 |
| 5. | CAPITULO IV | 58 |
| 5.1 | ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA REFORMA A 18 AÑOS DE SU IMPLEMENTACIÓN | 58 |
| 5.1.1 | Influencias externas e internas en la reforma de la salud en Colombia | 58 |
| 5.1.2 | Impacto del modelo neoliberal en la reforma de salud y en la evolución del SGSSS | 60 |
| 5.1.3 | Avances en el SGSSS | 61 |
| 5.1.4 | Problemáticas en el SGSSS | 63 |
| 5.1.5 | Los resultados esperados | 66 |
| 6. | CONCLUSIONES | 71 |
| 7. | BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA | 73 |

1. RESUMEN

La reforma en salud llevada a cabo en Colombia en 1993, implicó cambios sustanciales del sistema, que en plano económico significó el paso de los subsidios de oferta a los subsidios de demanda. Esta obedeció a factores exógenos relacionados con el desmonte del Estado de bienestar, el asenso de la ideología neoliberal y la presión de entes económicos transnacionales como el Banco Mundial y FMI, pero también a factores endógenos, relacionados con la precariedad en la cobertura, el monopolio e ineficiente gestión del Instituto de Seguros Sociales.

La posición neoliberal logró instalar el mercado competitivo y la libre elección en salud, bajo la pretensión de ser estímulo suficiente para la mejora de la eficiencia y calidad en la prestación del servicio de salud; no obstante, 18 años después de su aplicación, la reforma no logró sus objetivos de universalidad, oportunidad y eficiencia.

El sistema de operación y financiación dio cabida a fallos de mercado, baja en la calidad de los servicios, y a una exacerbada ola de corrupción y defraudaciones del sistema.

Los resultados y evolución de las políticas públicas a partir de la reforma presentan en materia de eficacia un deterioro en el alcance de objetivos, ineficiencia en la administración de recursos, e ineffectividad en un balance general.

1.1 ABSTRAC

The health reform carried out in Colombia in 1993, involved substantial changes in the system, which in the economical field meant the pass of the supply subsidies to the demand subsidies. This was due to exogenous factors related to the dismantling of the welfare state, the consent of the neoliberal ideology and the pressure of transnational economic bodies like the World Bank and IMF, but also due to endogenous factors related to the instability in coverage, the monopoly and inefficient management of the Institute of Social Security.

The neoliberal position managed to install the competitive market and free choice in health, under the pretense of being enough stimulus to improve the efficiency and quality in health

service provision, however, 18 years after its implementation, the reform failed to achieve its goals of universality, opportunity and efficiency.

The operation and funding system gave way to market failures, a decline in the quality of services, and a heightened wave of corruption and frauds in the system.

The results and evolution of public policy from reform have, in matter of efficiency, a deterioration in achieving objectives, inefficiency in the management of resources and ineffectiveness in general balance.

1.2 PALABRAS CLAVE

Ley 100 de 1993, reforma a la salud, SGSSS, seguridad social, políticas públicas, neoliberalismo en salud, eficacia, eficiencia, efectividad.

1.3 CLASIFICACIÓN JEL

I12, I18 D61, D63, E61, H55, I38

1.4 INTROITO

Las políticas del modelo de neoliberalismo económico fueron implementadas en América Latina según el modelo del llamado consenso de Washington. En Colombia estas se adoptaron oficialmente en 1990 y consistieron primordialmente en la apertura económica, la desregulación financiera, la privatización de importantes empresas del sector público y la flexibilización laboral. Desde su implantación tales medidas han generado diversos resultados para el país en el plano económico y en el plano social. Siguiendo esta línea las políticas públicas de salud asistieron a una importante reforma a partir de la aplicación de la ley 100 de 1993, que desembocó en cambios sustanciales en la operación y financiación del sistema de salud.

Transcurridos 18 años de la reforma del 93, conforme a la política económica neoliberal y la orientación para los países en vía de desarrollo, es legítimo realizar un balance de sus resultados considerando ¿cuál fue su impacto en las políticas públicas de salud en el periodo 1993- 2011?, cuestión que reviste especial relevancia desde el plano social en la medida en que responde por la universalización del cubrimiento de salud, así como la eficiencia y la equidad del mismo; desde el plano de la política económica porque evalúa si el conjunto de estrategias y acciones formuladas por el Estado dieron lugar a los resultados económicos esperados; y desde el plano teórico, porque pone en evidencia si los modelos planteados para la economía norteamericana e inglesa manifestaron viabilidad en la particularidad colombiana, a la vez que arroja un resultado respecto de las teorías en vías de experimentación que se aplicaron.

La consideración por los resultados de la reforma de salud en Colombia realizados a partir del 93, ha sido atendida en diversos trabajos, estos han mostrado los aspectos positivos y negativos de la misma, señalando los avances, así como los aspectos que no han presentado mejoría y aquellos en los que ha habido retroceso. No obstante, en dichos trabajos las evaluaciones no se han desarrollado a la luz de su relación directa con los elementos centrales de la política económica de corte neoliberal. De tal manera, las investigaciones previas valoran los resultados positivos y negativos de dicha reforma en el marco de la

políticas públicas expresadas en la ley 100 de 1993, pero sin tomar en cuenta los elementos ideológicos subyacentes de la misma vinculados a la ideología neoliberal; en tanto, los trabajos que consideran la orientación neoliberal en los sistemas de salud, descuidan la presentación de evidencias, evolución y resultados. Esto se relaciona con el hecho de evaluar las políticas públicas como un fenómeno endógeno, surgido enteramente por inspiraciones internas nacionales, sin considerar los aspectos exógenos, factores externos que incidieron en la reforma, como la orientación del Banco Mundial y sus políticas neoliberales.

El presente trabajo pretende en atención a estas dos tendencias, articularlas en un enfoque general que de cuenta tanto de los resultados como del papel de la aplicación de la ideología neoliberal en salud, evaluando su expresión en la tendencia del periodo señalado.

El hallazgo principal de la presente investigación consiste en haber determinado que si bien las medidas de políticas públicas neoliberales aplicadas a la salud a partir de la reforma de 1993 en Colombia no han reportado los resultados esperados en materia de servicios de salud al no lograr sus objetivos de universalidad, oportunidad y eficiencia, esta situación no obedece estrictamente a las características del modelo aplicado sino que se relaciona en gran medida con las peculiaridades del entorno en que fue aplicado.

El presente trabajo de investigación está dividido en cuatro capítulos. En el primero se analizan las características básicas del modelo de neoliberalismo en salud y del modo en que expresaron en la reforma de 1993, a su vez se examinan algunos argumentos destacados de diversos investigadores que han analizado los resultados de las políticas públicas aplicadas en la reforma. El segundo analiza las políticas públicas de salud desde la perspectiva de la implementación, evaluación y formulación en el periodo citado. El tercer capítulo presenta los resultados del análisis haciendo consideración de la metodología empleada para tal fin. En el cuarto capítulo se lleva a cabo el análisis de los resultados realizando la discusión de la eficacia del modelo neoliberal de salud, su relación con el contexto de aplicación y los resultados. Finalmente se destina una sesión a las conclusiones y recomendaciones.

2. CAPÍTULO I

2.1 LA REFORMA DE LA SALUD EN COLOMBIA: FACTORES EXÓGENOS Y ENDÓGENOS

Desde la década de los 80's, se presentaron cambios en el funcionamiento de las políticas económicas de los países capitalistas que pasaron de las políticas keynesianas del *Estado de bienestar* hacia un capitalismo post industrial estructurado en las políticas neoliberales. El *Estado de Bienestar* se caracterizó por ser una propuesta política en la se pretendía que el Estado y la organización social, proveyera ciertos servicios y garantías sociales a los habitantes de un país. Se trató de una respuesta del capitalismo al comunismo, donde se pretendía demostrar que el primero era una propuesta económica superior, capaz de beneficiar a las sociedades que la aplicaran; sin embargo, tan pronto el mundo comunista decayó material e ideológicamente, los países capitalistas consideraron irrelevante mantener el *Estado de bienestar*, dándose a la promoción de políticas contra los obreros y las clases populares. La corriente neoliberal que estaba encabezada intelectualmente por Nozick y Friedman, criticaba la ineficiencia del Estado de Bienestar pugnando por la organización de la sociedad y la liberalización del mercado; así, cuando se dio la caída de la Unión Soviética que significó el triunfo del bloque capitalista y la hegemonía Norteamericana, dejó de ser necesario el mantenimiento de bienestar de las masas trabajadoras, toda vez que dejaron de representar el peligro inminente que podría significar la adhesión a las ideas socialistas, considerándose nada más como un gasto innecesario del Estado. Jessop, Bob (1999: 64-100).

El neoliberalismo que vino a reemplazar el *Estado de Bienestar*, consiste en una política económica con énfasis tecnocrático y macroeconómico que busca reducir al mínimo la intervención estatal en materia económica y social sin rechazarla totalmente, defendiendo el libre mercado capitalista como garante del equilibrio institucional y el crecimiento económico de un país, salvo ante la presencia de los denominados fallos del mercado. Se considera promotor del fortalecimiento de la economía nacional y su entrada en el proceso

globalizador a través de incentivos empresariales y la extensión de la iniciativa privada a todas las áreas de la actividad económica. Buena parte de sus contenidos se consignan en el conjunto de políticas recomendadas por el consenso de Washington, así como en la aplicación de los postulados de la escuela neoclásica en política económica.

Entre las ideas y principios introducidos por el neoliberalismo, se encuentran el principio de subsidiariedad del Estado y en especial, el monetarismo de la Escuela de Chicago. En cuanto a política tecnocrática y macroeconómica tiene una dimensión geopolítica mercantilista asociada al corporativismo internacional, dando preferencia a políticas restrictivas monetarias y fiscales, a la liberalización, la privatización y la desregulación.

Las ideas del neoliberalismo fueron llevadas a la práctica por Margaret Thatcher en Inglaterra y por Ronald Reagan en los EE.UU., e implementadas en América Latina a través del llamado “Consenso de Washington”, caracterizado por unas políticas fiscales y monetarias en las que se recomendó reducir el déficit del Estado para contener la inflación reorientando ese gasto a la atención médica básica y a la educación elemental, reducir las tasas impositivas marginales para aumentar la actividad económica y la recaudación, dejar flotar las tasas de interés para oxigenar los mercados financieros, sostener un tipo de cambio para alentar las exportaciones, eliminar las restricciones físicas a las importaciones y sustituirlas por aranceles, liberalizar la inversión extranjera directa, privatizar las empresas estatales, eliminar barreras de ingreso a los mercados, y fortalecer la propiedad privada, aspectos que se resumen en la creencia que el libre mercado es la clave del desarrollo económico (Casilda, 2004: 19-22).

La presión del Banco Mundial con su orientación neoliberal se dejó sentir en Colombia así como en Latinoamérica, promoviendo en el país una reforma de salud basada en la consideración que el sector privado es más eficiente que el sector público y que la función del gobierno es regular y no proveer servicios. De tal manera propuso la privatización de los servicios, su descentralización, la separación de las funciones de financiación y provisión, y la universalización del acceso a un paquete de servicios mínimos que el país debía definir de acuerdo con sus recursos y estudios de eficiencia en función de los costos.

En la asamblea nacional constituyente de 1991 llevada a cabo en Colombia, se vivió el debate sobre la evaluación de la seguridad social en el país. Este estuvo marcado por dos visiones contrapuestas, la bismarckiana y la neoliberal, y una tercera relacionada con una concepción descentralizada sobre la administración pública de los servicios sociales.

La concepción descentralizada sobre la administración pública de los servicios sociales, comprende además de la descentralización administrativa, la descentralización territorial. Esta última consiste en “la transferencia de las competencias y recursos de la nación a los departamentos, distritos y municipios” (Jaramillo 1997: 75). La descentralización institucional por su parte se refiere al “otorgamiento de autonomía administrativa y financiera a las unidades de prestación de servicio” (Jaramillo 1997:75). Los bismarckianos se caracterizaron por defender el sistema clásico de la seguridad social vigente en el país antes de la reforma del 93 y por “abogar intuitivamente en favor de la conservación y el desarrollo de los principios de la solidaridad, integralidad y la universalidad y a veces la unificación del sistema” (Jaramillo 1997: 34). Los bismarckianos eran partidarios de la ampliación de la cobertura que debía armonizar las nociones de seguridad social y asistencia pública para deshacer la distinción entre beneficiarios de primera y segunda clase.

Aún cuando el neoliberalismo en política económica maneja un espectro bastante amplio que abarca los temas monetarios, cambiarios, comerciales y fiscales, en materia de salud presenta unos rasgos definidos, en esta la *libre elección* se presenta como la “garantía de una economía sana y de un sistema político efectivamente democrático, y forma parte de los derechos humanos y sociales”. Jaramillo, Iván (1997: 34). Además, manifiesta clara confianza en las bondades del mercado competitivo.

Atendiendo la explicación de Iván Jaramillo, la posición neoliberal en salud:

“parte del supuesto abstracto de que la existencia de mercado competitivo en materia de servicios de salud y la libre afiliación de los usuarios a sistemas alternativos de seguridad social producen eficiencia y calidad (...) la oferta de *múltiples planes* de salud con *diferentes precios*, permitiría asignar mejor los recursos al igualar el valor de los aportes con el de los beneficios recibidos, eliminando de paso los (...) subsidios

cruzados entre ricos y pobres que distorsionan los precios del mercado”. Jaramillo, Iván (1997: 44)

Colombia, que se ha caracterizado históricamente por su economía dependiente, se ha visto influenciada no sólo por las políticas económicas emanadas de su primer socio comercial Estados Unidos, de reconocido ascendiente neoliberal, con el que mantiene una subordinación permanente, sino también por las orientaciones de sus prestamistas F.M.I. y Banco Mundial. Este último precisamente, apoyado en el poder de sus recursos, ha promovido en el país una reforma de salud basada en la consideración que el sector privado es más eficiente que el sector público y que la función del gobierno es regular y no proveer servicios. De tal manera ha propuesto la privatización de los servicios, su descentralización, la separación de las funciones de financiación y provisión, y la universalización del acceso a un paquete de servicios mínimos que cada país debe definir de acuerdo con sus recursos y estudios de eficiencia en función de los costos. A este tenor “La reforma de salud en Colombia (1993) es la que siguió más de cerca las recomendaciones del Banco Mundial”. (Castillo, 2006: 47).

Al considerar los fundamentos teóricos de la reforma de 1993, se encuentra que esta se propuso garantizar la cobertura universal de los servicios de salud para la población colombiana a través de un seguro universal de salud cuya intención fue promover la eficiencia a través de la competencia y la calidad a partir de la libre elección. (Yepes, 2010: 19).

La reforma hecha mediante la ley 100 comprendió trece propósitos explícitos a saber: especializar las instituciones públicas, lograr la cobertura universal de servicios asistenciales, crear el régimen subsidiado, incorporar el sector privado, fomentar la competencia y la libre elección, garantizar un plan integral de salud, garantizar la prevención y la promoción, garantizar la atención de riesgos catastróficos, crear mecanismos de compensación y solidaridad, crear mecanismos de control de costos, reformar los hospitales, manejar de forma descentralizada la salud pública y los subsidios a la demanda, redefinir el sistema de dirección y control. (Jaramillo 1997: 64)

En cuanto a la especialización de instituciones públicas, la reforma¹ tuvo como propósito “separar los sistemas de dirección de la salud del sistema de prestación de los servicios, otorgando autonomía administrativa a los hospitales, liberando al Ministerio de salud de Salud de funciones administrativas y creando direcciones locales y seccionales de salud” (Jaramillo 1997: 64); además separó los programas de salud pública contenidos en el PAB (Plan de atención Básica) y en el plan de saneamiento ambiental. En la misma línea se separaron las funciones financieras y de prestación de los servicios, con la diferenciación entre IPS y EPS. Finalmente, “ con la creación de la Superintendencia Nacional de Salud y el mantenimiento de la rectoría técnica y política en manos del Ministerio de Salud, se segregan las funciones de control respecto de la regulación administrativa y financiera de la seguridad social ahora en manos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud” (Jaramillo 1997: 64).

La reforma buscó lograr la cobertura universal de servicios asistenciales mediante el régimen contributivo, autofinanciado con aportes obligatorios obrero- patronales; el régimen de seguridad social “con subsidios a la demanda de origen fiscal y de solidaridad parafiscal” (Jaramillo 1997: 64); y el régimen del Plan de Atención Complementaria PAC. En cuanto al régimen subsidiado este se creó con el objeto de incorporar la población marginada al SGSSS, otorgando subsidios a la demanda. Con tal fin se encargó de clasificar la población pobre para asegurar la focalización de recursos, a los alcaldes y las direcciones locales de salud. El presupuesto destinado a hospitales públicos que en el anterior régimen operaba mediante subsidio a la demanda se estructuró como subsidio a la oferta.

La incorporación del sector privado implicó que la provisión de recursos pudiera realizarse no sólo por el sector público sino además mediante empresas privadas, estas últimas realizaron su incursión al SGSSS a través de su transformación en EPS y mediante el ofrecimiento de planes complementarios de salud al POS.

El fomento de la competencia y la libre elección se puso en marcha bajo la premisa que estos aumentan la calidad del servicio así como la eficiencia y la cobertura, por otra parte la

¹ La ley 10 de 1990 dio inicio a la separación de los sistemas de salud. Jaramillo Iván. “El futuro de la salud en Colombia” Tercer Mundo Editores. Bogotá 1997. Pág. 64.

desmonopolización suprimió la afiliación obligatoria de los beneficiarios a una determinada aseguradora.

En materia de la garantía de un plan obligatorio de salud, se definió que las EPS debían ofrecer un plan integral de salud “con servicios asistenciales en condiciones básicas de calidad, la suficiencia tecnológica y hotelera”. (Jaramillo 1997: 67)

Otra garantía considerada por la reforma se relacionó con la prevención y la promoción, cuyo alcance se planteó a partir del PAB (plan de atención Básica), a cargo del Ministerio de Salud, además a través de estímulos a los aseguradores que promuevan estrategias de prevención, finalmente a través del fondo especial de tipo parafiscal.

Para garantizar la atención de riesgos catastróficos se creó una cuenta especial para el manejo de recursos por costos de salud ocasionados por catástrofes naturales, así como por enfermedades de atención costosa. (Jaramillo 1997: 68)

La creación de mecanismos de compensación y solidaridad determinó la creación del FOSYGA (Fondo Nacional de Salud con Funciones de Solidaridad y Garantía), el cual maneja 4 cuentas financieras del sector, la cuenta de prevención y promoción, la cuenta de solidaridad, la cuenta de compensación, y la cuenta de catástrofes. La tercera de estas cuentas tiene por objeto recaudar y destinar los superávits que generan ciertas EPS, transfiriéndolos a las EPS que presentan déficit.

Los mecanismos de control de costos al considerar que estos tienden a ser muy altos, crea dos estrategias de contención a saber: la UPC (Unidad de Pago por Capitación), entendida como el pago que reciben las EPS por cada beneficiario a su cargo, los pagos integrales por diagnóstico destinados a hospitalización, cirugía, procedimientos y otros que no deben sobrepasar el valor de las UPC.

La reforma de los hospitales partió del supuesto de ineficiencia en atención de riesgos, en asignación de subsidios fiscales; de tal manera se determinó convertirlos en empresas para que participen en un sistema competitivo, de donde se siga el aumento de la productividad, focalizando los subsidios en el 30% de la población más pobre, y se propenda por una autonomía administrativa y financiera. Dentro de la misma medida se crea la figura de las ESE (Empresas Sociales del Estado), definidas como establecimientos públicos descentralizados con régimen privado de contratación y sistema financiero similar al de las

empresas industriales y comerciales del Estado, dirigidas por una junta directiva. (Jaramillo 1997: 70)

En materia de descentralización de la salud pública las leyes 60 y 100 del 93 fortalecieron la descentralización del SGSSS, otorgándole competencia a los municipios y departamentos, reforzándose creándose los consejos territoriales de seguridad social en salud. Es relevante anotar que mientras la salud pública y el régimen subsidiado están bajo control territorial, el régimen contributivo está bajo control nacional.

En la redefinición del sistema de control y dirección, el ministerio de Salud mantuvo sus funciones de dirección en “materia de políticas, normas técnicas y con los programas y responsabilidades de la salud pública” (Jaramillo 1997: 70); no obstante la reforma despojó al Ministerio de salud de sus funciones de control, siendo estas asignadas a la Superintendencia Nacional de Salud.

En el documento “Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia”, los autores presentan los resultados de la reforma en el periodo 1993- 2010, basándose, de acuerdo a su afirmación, en las evidencias disponibles. En la interpretación de los resultados consideran que la situación del SGSSS es preocupante, toda vez que a pesar de unos cuantos logros concretos, subsisten problemas centrales que arrojan dudas sobre la eficiencia de los gastos hechos en salud. (Yepes, Francisco/ Ramírez, Manuel/ Sánchez, Luz Helena/ Ramírez, Martha Lucia/ Jaramillo Iván. 2010: 63)

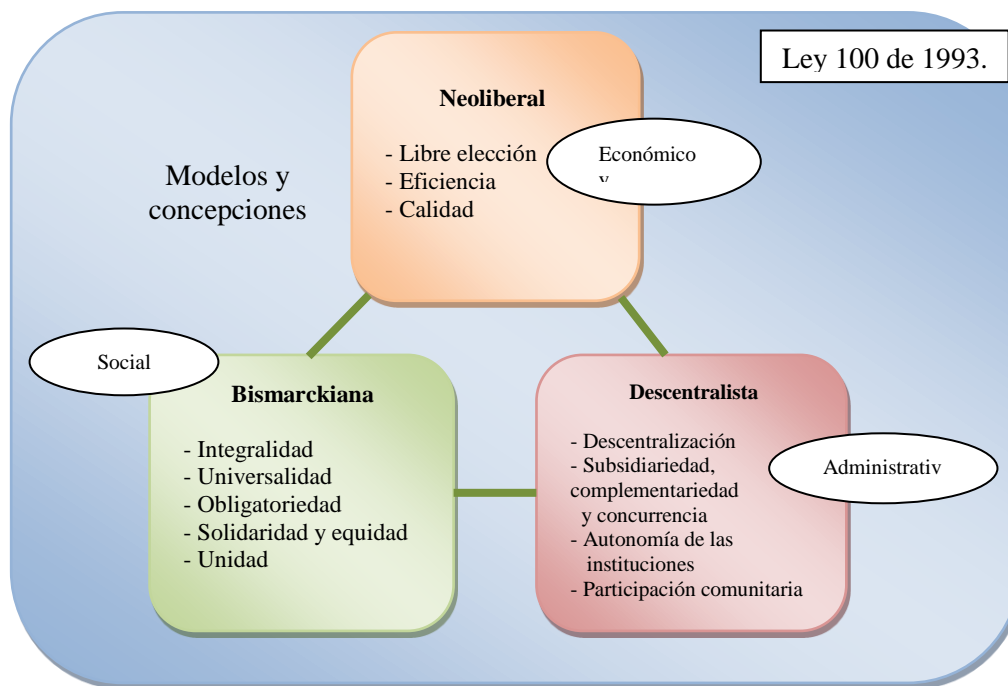
Santamaría y García (2008:5), que evaluaron el impacto de la implementación del nuevo SGSSS después de una década de reforma, sostienen que su introducción reportó aspectos positivos y negativos. Entre los positivos se encontró una reducción en el impacto de choques exógenos de salud sobre la población más pobre; no obstante, los beneficios se restringen a la población muy pobre y a las zonas urbanas, manteniéndose ausencia en el aumento de calidad de los servicios ofrecidos y desigualdad por niveles de ingreso.

En el texto “El futuro de la salud en Colombia”, el autor (Jaramillo, Iván 1997: 115), explica que la ley 100 fue producto de la conciliación entre los modelos de seguridad social

en salud bismarckianos y el neoliberal, además de la concepción descentralizada de la salud pública de los servicios sociales.

En el gráfico 1 observamos los tres modelos principales que aportaron su enfoque en la configuración de los contenidos finales de la reforma de salud contenida en la ley 100 de 1993, a su vez se observan los aspectos fundamentales de cada modelo, de donde se puede entrever una clara tendencia de cada concepción. En el caso del modelo neoliberal que incluye las metas de libre elección, eficiencia y calidad, sigue una tendencia que se centra especialmente en el aspecto económico y mercantilista, mientras que en el caso de la bismarckiana, que aborda la integralidad, la universalidad, la obligatoriedad, la solidaridad y equidad, y la unidad, presenta un carácter de tipo social. Finalmente el modelo descentralista, que abarca la descentralización, la subsidiariedad, la complementariedad y concurrencia, la autonomía de las instituciones y la participación comunitaria, permite inferir un carácter administrativo.

Gráfico 1. Modelos de seguridad social en la ley 100 de 1993.



Fuente. Grafico propio basado en Jaramillo 1997: 115

En el capítulo dedicado a los antecedentes Jaramillo alude a los peligros observados por los constituyentes del 91 que podían derivarse de la implantación del enfoque neoliberal.

Estos peligros recibieron el apelativo de chilenización, estableciendo un símil con el modelo de salud implantado en Chile, según el cual, si bien tenía la capacidad de asegurar el éxito empresarial de las entidades privadas, “al suprimir los principios integrantes del seguro social, propicia la selección adversa de los grupos sociales más vulnerables”.

Ugalde y Homedes por su parte arguyen que luego de la puesta en marcha de las reformas neoliberales en América latina, los sistemas de salud no se han hecho equitativos, ni eficientes, ni de mejor calidad que antes de las reformas. Afirman que se hubieran obtenido mejores resultados si en lugar de imponer estrategias ligadas a una agenda ideológica, pero faltas de evidencia, los promotores de las reformas se hubieran preocupado por evaluar y fortalecer algunas de las iniciativas generadas por los propios países. Ugalde y Homedes (2005: 202)

Groote, Paepe y Unger consideraron en relación al neoliberalismo, que Colombia era una prueba *in vivo* de la privatización del sector salud en países en desarrollo. En su trabajo consideraron que si bien el modelo aplicado era teóricamente sólido aún cuando complicado, los objetivos propuestos como la cobertura universal y el acceso equitativo a atención de alta calidad no se lograron, manifestando mayor dificultad el acceso a la atención médica, así como la desmejora de indicadores de salud y programas de control de enfermedades. Consecuencias atribuidas a la ineficiencia de la subcontratación con terceros, la débil capacidad económica, técnica y política del gobierno colombiano para regular y controlar, y la ausencia de participación real de los pobres en la toma de decisiones sobre políticas de salud. Groote, Paepe y Unger (2007:106-115)

3. CAPÍTULO II

3.1 ANALISIS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD EN EL PERIODO 1993 - 2011

Con el objeto de adelantar el análisis de las políticas públicas en salud en el periodo 1993 - 2011, se precisa delimitar los contenidos de lo que se entiende por *política pública*, toda vez que tal noción abarca un espectro importante de elementos en los diversos planos que le constituyen.

3.1.1 Delimitación de política pública

Contrario a lo que se suele considerar, las políticas públicas entendidas como formas y prácticas de intervención asociadas a las funciones de los sistemas político/administrativos no se tratan solamente de funciones del Estado, en la misma medida los planes, programas y proyectos estatales no son la política pública, así como tan poco lo son las decisiones de gobernantes estabilizadas en directrices de política. Si bien no se puede considerar un proceso de política pública sin normas jurídicas, estas no son en sí mismas la política pública. Mayntz (1985: 662)

Si bien las perspectivas de análisis en el campo de las políticas públicas presentan tres tendencias, concibiendo las políticas públicas como a. Intervención estatal b. Procesos que no involucran exclusivamente al Estado, y c. Hacer de los analistas y de los grupos de expertos; la inobservancia de cualquiera de estos campos de producción dificultaría la comprensión de las políticas públicas. Lozano (2008: 4)

Las políticas públicas corresponden a procesos de naturaleza económica, social, política y cultural, caracterizados por formas de intervención de Estado encaminados a solucionar problemas socialmente relevantes. Se relacionan también con diseños institucionales, prácticas sociales, formas diversas que adquieren los conflicto sociales, políticos, culturales, económicos e identitarios, en espacios nacionales, locales y glolocales, así como con factores de naturaleza supranacional, circulación de poblaciones, expansión e irreversibilidades tecnológicas, formas del riesgo planetario, y la configuración de formas

supranacionales de lo público. El espacio de la política pública evidencia la confrontación de diferentes formas de poder, económico, político, poder-saber, cultural, de clase, etc., tratándose de un campo de luchas, de ejercicio de la dominación, de producción de la sujeción, de resistencia, de relativización y profundización de los conflictos sociales, de defensa de los derechos, de configuración de la necesidad social, de visibilidad y resolución de requerimientos sociales y culturales, de construcción de identidades y de transformación de las funciones de estado. Lozano (2008: 5)

En síntesis una política pública es “en suma: a) el diseño de una acción colectiva intencional, b) el curso que efectivamente toma la acción como resultado de las muchas decisiones e interacciones que comporta y, en consecuencia, c) los hechos reales que la acción colectiva produce”. Aguilar Villanueva (1996: 26)

3.1.2 Políticas públicas en salud 1993 – 2011: formulación, implementación, evaluación

Se procederá a continuación siguiendo la propuesta de Parsons (1995), referente a las etapas de la política pública, constituida por las fases de formulación, implementación y evaluación.

3.1.2.1 Formulación

En la formulación de políticas públicas los aspectos a analizar se relacionan con los problemas que dieron lugar a la política; el propósito de la política; el foco de la política; las alternativas presentadas; los métodos de análisis de alternativas utilizados; los actores involucrados; el contexto económico, político, social y epidemiológico; las directrices internacionales y nacionales; el desarrollo tecnológico; el estilo administrativo-político utilizado; los estudios de viabilidad y factibilidad; y finalmente, los sistemas de información, las fuentes de información y documentación. Molina (2008: 10- 16)

De acuerdo a este orden de ideas los problemas que dieron lugar a la política pública en salud y cuya expresión jurídica ubicamos cronológicamente a partir de 1993 con la ley 100 que creó el SGSSS, eran principalmente la falta de equidad en el servicio de salud y la baja cobertura, de allí se sigue que el propósito de la política, se orientara a la superación de

estos dos grandes obstáculos; no obstante, el foco de la política presentó un contenido más amplio con fuerte ascendente de las políticas económicas neoliberales orientadas por el FMI y el banco BM², tendientes a la privatización y a la sustitución de la asignación de subsidios de oferta por subsidios de demanda, situación que tuvo ocurrencia en un contexto de desmonte del estado de bienestar con ocasión del fracaso del modelo socialista. En este proceso participaron tres modelos entre los que se encontraba el neoliberal que incluyó las metas de libre elección, eficiencia y calidad, el modelo bismarckiano, interesado en la integralidad, la universalidad, la obligatoriedad, la solidaridad y equidad, y la unidad; y el modelo descentralista, enfocado a la descentralización, la subsidiariedad, la complementariedad y concurrencia.

En materia de directrices internacionales en salud se encuentra como primer soporte la aceptación por parte de Colombia de los derechos humanos de primera generación, definidos por el PIDESC³ como norma internacional requerida para la realización del ser humano. En este se ratifica que la salud es más que un buen estado biológico, relacionándolo con el orden social cultural y político. Yépez (2001: 135-141), Torres (2004: 8-15)

En el año 2000 la Observación General 14 del PIDESC “establece que el derecho a la salud abarca cuatro elementos esenciales e interrelacionados: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”. En este documento la salud es considerada como algo más que la atención a la enfermedad, debiendo ser integral y en armonía con los demás derechos. Rodríguez (2008: 23)

En cuanto a directrices y normatividad Colombiana, el primer fundamento se halla en la Constitución Política de Colombia de 1991 Artículo 49 donde se define que corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad; establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control; establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. La ley 60 de 1990, a partir de la cual el 25% de las transferencias de los ingresos

² FMI: Fondo Monetario Internacional. BM: Banco Mundial

³ PIDESC: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 16 de diciembre de 1966

corrientes de la nación se destinan a la salud en el nivel municipal; la ley 100 de 1993 que plantea la competencia regulada entre aseguradores y prestadores e implementa el incremento de los aportes fiscales y las contribuciones individuales de los trabajadores y patronos; la ley 223 de 1995 donde se destina el 30% de la tarifa general del impuesto sobre las ventas al sector salud, y un 3% para atención de niños de escasos recursos; la ley 715 de 200, que dicta normas de distribución de recursos y organización de la prestación de los servicios de salud; la ley 776 de 2002, que dicta normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales; la ley 789 de 2002, que define la facultad del Gobierno Nacional para diseñar un régimen de estímulos para los trabajadores independientes que promueva su afiliación al SGSSS; la ley 828 de 2003, que expide normas para el Control a la Evasión del SGSSS; la ley 1122 de 2007, que realiza ajustes al SGSSS. Crea la Comisión de Regulación en salud (CRES). Hace reformas en la racionalización y regulación de prestación de servicios, administración del riesgo financiero, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, de las funciones de inspección, vigilancia, control, organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud; la ley 1393 de 2010, que define algunos recursos tributarios destinados a la salud; el decreto 129 de 2010: Se declara el Estado de Emergencia Social y se adoptan medidas en materia de control a la evasión y elusión de cotizaciones y aportes al sistema de la protección social; la ley 1438 de 201, que busca establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, universalidad del aseguramiento y garantía de portabilidad, en un marco de sostenibilidad financiera. Aborda las temáticas de descentralización administrativa, distribución de los recursos, financiación, adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero, y crédito para el mejoramiento del sistema. La ley 1450 de 2011 que define las prestaciones de servicio no financiables por el SGSSS. Prescribe la cofinanciación del régimen subsidiado, así como la discrecionalidad de gobierno para definir mecanismos de recaudo y giro de los aportes al SGSSS.

3.1.2.2 Implementación

La implementación considerada como “la habilidad para forjar nexos sucesivos en una cadena causal de acciones para obtener los resultados deseados”, implica la consideración de aspectos tales como los objetivos y metas de la política; los planes, programas y

proyectos generados; el estilo administrativo-político; los actores involucrados; el nivel jerárquico que direcciona y el estilo de direccionamiento; los recursos políticos, económicos y sociales; el contexto económico, político, social; los procesos puestos en marcha para la implementación; el soporte institucional; el sistema de información; los obstáculos; y, finalmente, los aspectos facilitadores. Molina (2008: 10- 16)

De acuerdo a este orden de ideas los objetivos y metas de la política se expresan en trece aspectos: especializar las instituciones públicas, lograr la cobertura universal de servicios asistenciales, crear el régimen subsidiado, incorporar el sector privado, fomentar la competencia y la libre elección, garantizar un plan integral de salud, garantizar la prevención y la promoción, garantizar la atención de riesgos catastróficos, crear mecanismos de compensación y solidaridad, crear mecanismos de control de costos, reformar los hospitales, manejar de forma descentralizada la salud pública y los subsidios a la demanda, redefinir el sistema de dirección y control. (Jaramillo 1997: 64)

Para la consecución de tales metas se llevó a cabo una necesaria implementación normativa conforme se expresó en el ítem anterior en materia de normatividad colombiana, de esto se siguió la creación del SGSSS, creación de las EPS, empresas promotoras de salud para ofrecer el aseguramiento integral en salud, se creó el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) para administrar los recursos de compensación del régimen contributivo, la subcuenta de solidaridad del régimen subsidiado, algunos recursos de promoción y prevención y los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito-SOAT. Yepes (2010: 15-18). Se crearon las Asociaciones de usuarios para que los afiliados al régimen contributivo y el subsidiado, se pudieran agrupar en defensa de sus derechos, los hospitales públicos se transformaron en Empresas Sociales del Estado (ESE), las aseguradoras públicas debieron convertirse en EPS. Se reformó y fortaleció la Superintendencia de Salud, se dio al Estado facultades organización, dirección y reglamentación de servicios de salud, en esta medida se estableció la opción de ingreso al sector privado para la prestación de servicios de salud, se establecieron mecanismos de control y vigilancia, se determinaron los aportes a cargo de entidades territoriales, se determinaron los montos de transferencias de los ingresos corrientes de la nación destinados a la salud, se estableció la competencia regulada entre aseguradores y

prestadores, se implementó el incremento de los aportes fiscales y las contribuciones individuales de los trabajadores y patronos, se determinaron los montos de la tarifa general del impuesto sobre las ventas al sector salud, se determinó la organización, administración y prestación del Sistema General de Riesgos Profesionales, se buscó controlar la evasión al SGSSS, se creó la Comisión de Regulación en salud (CRES) para llevar a cabo reformas en la racionalización y regulación de prestación de servicios, administración del riesgo financiero, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, de las funciones de inspección, vigilancia, control, organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

3.1.2.3 Evaluación

En la evaluación de políticas públicas los aspectos a analizar se relacionan con los medios empleados, los resultados, el impacto, la eficiencia, y finalmente, la satisfacción. Molina (2008: 10- 16)

De acuerdo con este orden de ideas la reforma en salud adelantada en Colombia incrementó de forma notoria la cobertura en salud, permitió avances mediante la creación de nuevas fuentes de financiación, la ampliación de la cobertura al grupo familiar en el Régimen Contributivo, y la creación del Régimen Subsidiado; no obstante, no logró garantizar el derecho ni la atención a este servicio, manifestando fallas de calidad, accesibilidad y oportunidad para diversos grupos poblacionales, la fragmentación de los servicios se ha ajustado en correspondencia con las condiciones económicas de los usuarios, de donde se sigue el aumento de la inequidad entre grupos de pobres y ricos, zona urbana y rural⁴. La mayor cobertura de aseguramiento permitió que los hogares redujeran su gasto de bolsillo por concepto de medicamentos, sin embargo de esto no se deriva un mejoramiento en la integralidad de la atención. La no garantía se ha visto reflejada en el alto porcentaje de tutelas interpuestas con motivo de fallas de acceso y otros, la deuda que se mantiene actualmente con hospitales evidencia fallas en las proyecciones, manejo y racionalización de los recursos.

⁴ Copiar 7 de pág 26

El cuadro 3 muestra de manera sucinta la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas en salud.

Cuadro 3. Elementos principales de la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas en salud.

| | Aspectos relevantes de la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas en salud 1993 |
|-------------------|--|
| 1. Formulación | <p>Problemas que dieron lugar a la política: falta de equidad en el servicio de salud y bajas coberturas</p> <p>Alternativas presentadas: modelos Bismarckianos, neoliberal, descentralista</p> <p>Actores involucrados: FMI, BM</p> <p>Contexto: Desmonte del Estado de bienestar, auge del modelo económico neoliberal</p> <p>Directrices: PIDESC 1966, Observación General 14 de 2000</p> <p>Constitución Política Colombiana de 1991 art. 49, Ley 100 de 1993</p> |
| 2. Implementación | <p>Objetivos y metas de la política: especializar instituciones públicas, cobertura universal de servicios asistenciales, crear régimen subsidiado, incorporar el sector privado, fomento de competencia y la libre elección, garantizar: a. plan integral de salud, b. prevención y la promoción, c. atención de riesgos catastróficos, crear: a. mecanismos de compensación y solidaridad, b. mecanismos de control de costos, reformar hospitales, descentralización de la S.P. y los subsidios a la demanda, redefinir el sistema de dirección y control</p> <p>Medidas relevantes aplicadas: Creación del SGSSS, Creación de las EPS, Creación del FOSYGA, Reformulación y fortalecimiento de la Superintendencia de Salud, Transformación de hospitales a ESE, Creación de la CRES</p> |
| 3. Evaluación | <p>Resultados: Ampliación significativa de la cobertura con estancamiento en el último decenio sin alcanzar la meta de cobertura universal. Persistencia de la inequidad, falta de garantías, problemas de acceso.</p> <p>Eficiencia: Altos costos para el Estado sin mejora en la cobertura y en las metas propuestas</p> <p>Satisfacción: altos niveles de insatisfacción por inequidad, falta de garantía, falta de acceso al sistema</p> |

Fuente. Elaboración propia, basada en Molina 2008: 15

4. CAPÍTULO III

4.1 RESULTADOS DE LA REFORMA EN SALUD A 18 AÑOS DE SU IMPLEMENTACIÓN

La presente investigación se desarrolló considerando los siguientes aspectos metodológicos: búsqueda de información, análisis bibliográfico, síntesis narrativa, búsqueda de evidencia y triangulación de resultados.

Búsqueda de información: el trabajo de investigación se dirigió a buscar evidencia a través de un análisis bibliográfico, restringido a publicaciones que abarcaron un espacio temporal anterior y posterior a la reforma en salud del año 1993. Entre los diversos tipos de informaciones se incluyeron libros, revistas, consulta de fuentes primarias, ensayos, material en PDF, literatura gris, tesis, y memorias de congresos. A partir del análisis bibliográfico principalmente con base en un estudio descriptivo y explicativo de texto como el de Yepes Francisco, Rodríguez Oscar, Jaramillo Iván; así como la consulta de fuentes primarias: datos estadísticos (MINSALUD, DANE), páginas web oficiales, consultas a expertos (David Castells, Jorge Julián Osorio Gómez), se dio paso a la búsqueda de indicadores que pudieran dar cuenta de los trece propósitos de la reforma en salud del 93, cuyo objeto fue dismantelar el anterior sistema nacional de salud, e implantar un régimen especializado en sus funciones, competitivo, eficiente y basado en la libre elección.

Los elementos de la presente investigación fueron cotejados con datos pasados y actuales (antes de la reforma: 80-93, después de la reforma: 93-2010), con el fin de dar una mayor y mejor perspectiva del sector salud en Colombia a partir de la implementación de la ley 100. Los datos seleccionados son de carácter cuantitativo, cualitativo y mixtos, clasificados según su importancia: orden nacional, orden regional, se seleccionaron además notas de prensa consideradas como fuentes primarias de información coloquial.

Síntesis narrativa: en la medida en que se maneja información aleatoria y compleja, se sintetizaron las ideas centrales de cada estudio, articulándolas al trabajo descriptivo y explicativo de la investigación.

Búsqueda de la evidencia: tuvo como punto de partida el año de 1975, en donde se dio origen al Sistema Nacional de Salud, el cual unificó las funciones de salud personal con las funciones de salud pública anteriormente separadas. El punto de inflexión de la búsqueda de evidencia será el año el año de 1993, en donde se implementa la ley 100.

Como estrategias de consultas bibliográficas se emplearon algunas bases de datos (Medline, Lilacs, Scielo, Hinari, Scopus, Gestor, ProQuest, Elsevier), Bibliotecas universitarias (la Salle, Universidad Nacional, Bibliotecas públicas (Luis Ángel Arango, Biblioteca Nacional), Instituciones y centros de investigación (Ministerio de la Protección Social, Instituto nacional de Salud, Departamento Nacional de Planeación, Academia Nacional de Medicina, OPS/OMS), páginas web de CENDEX y Fundación Corona, e investigadores nacionales.

La triangulación de resultados consistió en el cruce de información cuantitativa, cualitativa y mixta, anteriormente recolectada de las diversas fuentes mencionadas.

4.2 Financiación del sistema de seguridad social en salud en Colombia

Las leyes 60 y 100 de 1993 definieron el nuevo esquema de operación y financiación del SGSSS, que dio paso a los regímenes Contributivo y Subsidiado, incrementando el monto de las cotizaciones que ascendieron del 7 al 12% sobre los ingresos laborales para el total de trabajadores. Se establece un Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.) y una Unidad de Pago por Capitación (U.P.C.). Dio origen, además, a las Entidades Promotoras de Salud (E.P.S.) y las Instituciones Prestadoras de Servicios (I.P.S.), cuya naturaleza puede ser pública, privada o mixta.

La dirección del Sistema se encomendó al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud. Se creó el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), encargado de la administración de los recursos del sistema, su financiación y organización. El FOSYGA delega en las EPSs el recaudo y manejo de los recursos que por ley son propiedad del Sistema. Este se encuentra subdividido en cuatro subcuentas a saber: 1) la de Compensación, 2) Solidaridad, 3) Promoción y Prevención, y 4) la de Accidentes de Tránsito, Atentados Terroristas y Catástrofes Naturales, encargadas del manejo de los recursos específicos en cada uno de los rubros señalados. (Morales 1997: 16-23)

Se crearon nuevas fuentes de recursos provenientes del impuesto a los explosivos y armas de fuego, más participaciones en los recursos originados en la explotación petrolera. Finalmente se definió un Plan de Atención Básica financiado con recursos estatales, gratuito para toda la población.

El régimen contributivo, como muestra el diagrama de flujo 1, tiene por objeto organizar y garantizar la prestación de servicios de salud a la población trabajadora colombiana y sus familias, financiado con un porcentaje sobre los ingresos de aquellos con capacidad de pago, el aporte es pagado conjuntamente con sus patronos o en forma total por el trabajador. Este régimen se estructura a través de las Entidades Promotoras de Salud EPSs,

encargadas de promover y efectuar el aseguramiento de toda la población y de organizar y garantizar la prestación en los servicios de salud requeridos. (Morales 1997: 16-23)

Todo trabajador colombiano está obligado a afiliarse a la EPSs de su elección, aportando al Sistema el 12% de sus ingresos en conjunto con su patrón quien debe aportar dos terceras partes, o totalmente si es independiente. Para el trabajador dependiente su aporte mínimo se calcula sobre el monto de unos ingresos equivalentes a un salario mínimo legal vigente y para el independiente sobre dos.

Cada vez que se utilicen cierto tipo de servicios, en especial aquellos en los cuales influye la decisión del usuario para solicitarlos, el trabajador y sus familiares cancelan una cuota moderadora que tiene como finalidad racionalizar su uso. Sus familiares harán un pago adicional denominado copago al utilizar el resto de los servicios, que serán destinados a complementar su financiación. En ambos casos sus montos están definidos como un porcentaje aplicado sobre el valor del servicio, sujeto a unos topes máximos ordenados por la ley para evitar que se conviertan en un obstáculo para acceder al servicio. (Morales 1997: 16-23)

Del total de las cotizaciones recaudadas por las EPSs, se deben restar los siguientes conceptos: i) un punto de los doce que se destina para ayudar a la financiación del Régimen Subsidiado, ii) el valor de las UPCs del trabajador y su familia y, iii) un porcentaje para el pago de las incapacidades laborales de sus afiliados. Si después de ésta operación resultan excedentes, éstos deberán ser girados al FOSYGA quién los redistribuye entre las EPSs que después de hacer la operación anterior generan déficit. (Morales 1997: 16-23)

El equilibrio financiero del Régimen Contributivo depende del control de la evasión en el pago de las cotizaciones, del acertado cálculo del valor y contenido del paquete de beneficios, del control de los costos de prestación de los servicios y de la inflación en el sector de la salud. El Régimen Subsidiado tiene por finalidad organizar y garantizar la cobertura con servicios de salud a la población colombiana sin capacidad de pago, mediante la utilización de subsidios del Estado. Este régimen se estructura a través de las denominadas Administradoras del Régimen Subsidiado (ARSs), encargadas de organizar y

garantizar la prestación de servicios a estas poblaciones. Estas entidades pueden ser: i) las mismas EPSs del Régimen Contributivo, ii) las Cajas de Compensación Familiar que organicen programas para tal fin y, iii) las Empresas Solidarias de Salud. Estas entidades reciben del Estado una Unidad de Pago por Capitación Subsidiada UPCS, con la cual deben brindar a sus afiliados el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS). Los servicios que en un principio no sean cubiertos por el POSS, deberán ser garantizados por los hospitales públicos, los que reciben subsidios directos del Estado (subsidios de oferta).

Los recursos con los que se financia este régimen, provienen de las siguientes fuentes:

- a. Participación directa de los municipios en los Ingresos Corrientes de la Nación.
- b. El Situado Fiscal, que equivale a la participación de los departamentos en el presupuesto de la nación el que en un 50% como mínimo deberá ser transferido a los municipios.
- c. Las rentas cedidas a los departamentos, que son impuestos nacionales que se delegan en su recaudo a estos entes, provenientes del impuesto sobre el consumo, producción y explotación de licores, tabaco y juegos de azar.
- d. Recursos provenientes del Fondo de Solidaridad y Garantía, que tienen origen en la subcuenta de Solidaridad, la que se financia principalmente con los aportes del Régimen Contributivo. Adicionalmente, el gobierno nacional deberá colocar de su presupuesto un peso adicional por cada peso aportado por el Régimen Contributivo a esta cuenta.
- e. Recursos provenientes de la Empresa Colombiana de Salud, ECOSALUD, entidad creada por la ley 10 de 1990, que tiene como finalidad la explotación exclusiva de los nuevos juegos de azar.
- f. Recursos que los municipios y los departamentos deseen destinar de sus propios presupuestos para financiar la salud.
- g. Una porción de los recursos provenientes de explotaciones petroleras.
- h. Recursos que obligatoriamente deberán aportar al Sistema las Cajas de Compensación Familiar.
- i. Recursos del IVA Social destinado para tal fin.
- j. Recursos provenientes del impuesto social a las armas y municiones.
- k. Recursos provenientes de la aplicación de los copagos y las cuotas moderadoras cuando los usuarios utilicen los servicios.

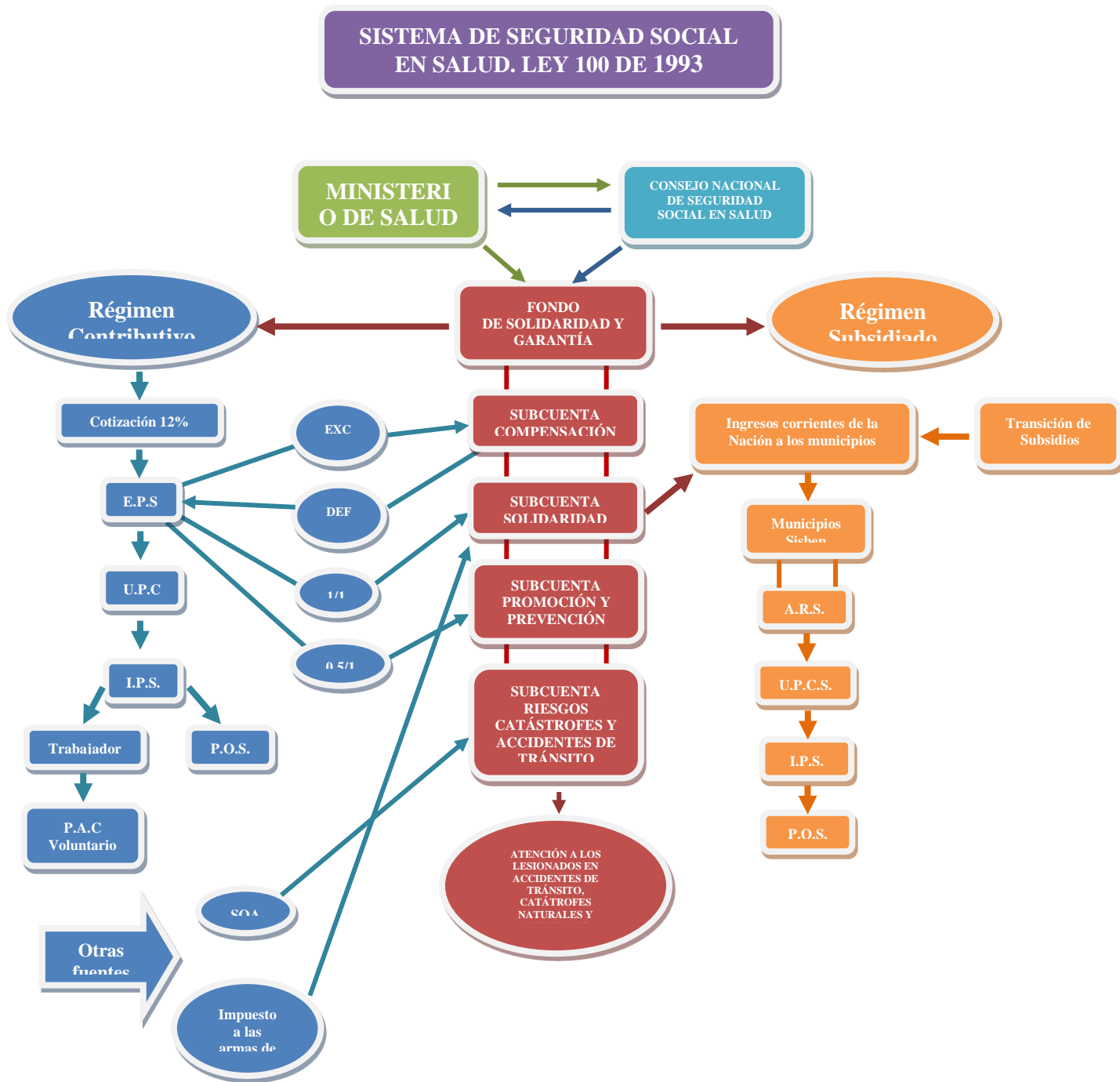
La financiación y operación del régimen para los vinculados transitorios⁵, define que la prestación de servicios de salud a este grupo poblacional se brindará a través de los hospitales públicos quienes recibirán recursos directos del Estado , “subsidios de oferta”.

Además de los tres regímenes mencionados, la reforma contempla la existencia de un programa especial destinado a la protección de las personas que resulten lesionadas en accidentes de tránsito, catástrofes naturales y atentados terroristas, que se financia con recursos provenientes de un impuesto a los vehículos automotores, recursos que se suman a aquellos que destine el gobierno nacional y local para el fortalecimiento de la red nacional de urgencias hospitalarias. (Morales 1997: 16-23).

⁵ Se consideran vinculados transitorios al Sistema, aquellas personas pobres ubicadas en los estratos 1 y 2 de pobreza, que transitoriamente y por diversos motivos no se han afiliado al Sistema, y que mientras esto no se logre deberán seguir siendo protegidos por el estado para garantizarles la atención en salud.

El siguiente diagrama presenta una panorámica total de la financiación del SGSSS.

Diagrama de flujo 1. Financiación Sistema de seguridad Social en Salud. Ley 100 de 1993



Fuente. Basado en “REFORMAS FINANCIERAS AL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE” CEPAL.

4.3 Los fallos de mercado en salud

Desde una perspectiva ideal en un mercado perfectamente competitivo los precios se forman libremente como producto de la interacción entre la oferta y la demanda. Está interacción está determinada por la decisión libre del individuo de consumir así como por la decisión libre del productor de participar en el mercado. Cuando un mercado no es perfectamente competitivo, se puede derivar que el nivel de producción de dicho mercado no sea el óptimo social, presentándose ineficiencias distributivas y en consecuencia una producción superior o inferior al óptimo social que se conoce como falla de mercado. Orozco (2006:28)

Al considerar el modelo de salud implementado en Colombia a partir de 1993, destacan varios fallos de mercado. En materia de aseguramiento deben mencionarse las asimetrías de información, la evasión y elusión de aportes, los recobros múltiples, y otros. La asimetría de información afecta la provisión de los servicios de salud en la medida en que mientras el médico cuenta con un entrenamiento profesional que le facilita conocer la condición clínica del paciente, éste último no, de manera que para acceder a los servicios de salud depende del buen juicio del primero. Orozco (2006:28)

Tomando en cuenta lo anterior bajo parámetros de mercado, se presentan las condiciones para la ocurrencia “riesgos morales”. Un ejemplo de esto se puede presentar cuando el salario del médico al servicio de una EPS está sujeto al número de consultas efectuadas por período de tiempo, de donde puede seguirse un incentivo para que éste atienda a los pacientes en el menor tiempo posible, lo cual puede comprometer la calidad en la atención al paciente.

Puede presentarse además una “inducción de demanda”, cuando el pago de tratamientos recaer sobre un tercer pagador y el médico que prescribe se ve beneficiado.

El Estado como ente regulador puede presentar fallas originadas en asimetrías de información. En un marco de análisis neoclásico, se pretende que los agentes que intervienen en un mercado cuentan con mayor información que los reguladores, razón por la cual es posible que el Estado sea defraudado cuando intenta regular los mecanismos del mercado. Una falla de este tipo fue descubierta por la Superintendencia Nacional de Salud (2001), relacionada con irregularidades en la distribución de los recursos administrados por

el Fosyga. En este se detectó que algunas EPS cobraban al Fosyga varias veces el valor de la UPC⁶ y por su grupo familiar.

En la misma medida el Fosyga ha sido defraudado por parte de agentes privados en el Sistema de algunas EPS por la afiliación de personas fallecidas. De acuerdo a los cálculos de la Supersalud (2001), el número de casos repetidos fue superior a 1'600.000, correspondiente al 7% de la población asegurada por el SGSSS para el año señalado.

En un estudio llevado a cabo por Restrepo, Rodríguez y Arango (2001), se señaló que el ente de regulación CNSSS⁷ no cumplió limitadamente sus funciones de regulación en vista que la mayor porción de su quehacer se restringe a atender asuntos de orden administrativo como la fijación de la UPC, la definición de los servicios incluidos en el POS y la atención a fallos de tutelas.

Por otra parte la permanencia de los miembros del Consejo en sus cargos está ligada al ciclo político, así como su actuación está ligada con los intereses de los sectores que representan⁸, que en múltiples muchos casos son los mismos agentes regulados. En cuanto a los aspectos estructurales de la operación del Sistema, la regulación y supervisión sobre la actuación de los agentes que intervienen en el SGSSS son objeto de poca atención por parte del CNSSS.

En materia de elusión de aportes, las EPS, no han ejercido control cabal sobre el valor real de las cotizaciones de los trabajadores independientes, en vista que el SGSSS no ofrece incentivos para hacerlo tal propósito. A pesar de ello el Estado debe reconocer a las EPS el valor completo de la UPC. En la misma medida varios empresarios evadieron la obligación de afiliar a sus empleados al SGSSS. Meza (2003:45-46).

Por otra parte los en la cadena de prestación de servicios de salud, los altos costos de transacción dificultan el mecanismo de precios haciendo imposible la operación del mercado bajo condiciones de competencia perfecta. Desde una perspectiva teórica, los participantes del SGSSS interactúan bajo un ambiente de incertidumbre e información asimétrica. La información que fluye entre las IPS y las EPS es asimétrica; las IPS llevan a cabo prácticas oportunistas que obligan a las EPS a efectuar procedimientos costosos (glosas, auditorias y devoluciones de facturas). Dada la posición dominante de mercado de

⁶ Unidad de Pago por Capitación

⁷ CNSSS: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

⁸ Gobierno de turno, agentes privados que intervienen en el Sistema de salud

las EPS, se da origen en múltiples ocasiones a que dichos procedimientos se lleven a cabo de manera arbitraria en contra de algunas IPS. “Con el objeto de resolver estos fallos de mercado, los participantes recurren a estrategias como la integración vertical entre EPS e IPS y las alianzas estratégicas. A su turno, las relaciones entre EPS y usuarios también están mediadas por altos costos de transacción que limitan la libre elección de los consumidores”. Orozco (2006:30)

4.4 Delimitación de Eficacia, Efectividad y Eficiencia

Para efectos de la presente investigación y con el interés de sortear posibles confusiones de carácter semántico, a continuación se delimitarán los contenidos de las nociones de eficacia, efectividad, eficiencia, con que se trabajará desde la disciplina de la economía y desde la disciplina de la salud, toda vez que estos conceptos suelen emplearse indistintamente en el lenguaje cotidiano o comportar diferentes significados según la disciplina desde la cual se aborden.

La siguiente tabla representa el modelo general para la interpretación de la eficacia, eficiencia y efectividad.

Tabla 1. Fórmulas y calificaciones para evaluación de eficacia, eficiencia y efectividad

| Eficacia | | Eficiencia | | Efectividad |
|----------|--------|---------------------------------------|--------|--|
| RA/RE | | $\mu = \frac{(RA/CA*TA)}{(RE/CE*TE)}$ | | $\beta = \left[\frac{\text{Puntaje eficiencia} + \text{Puntaje eficacia}}{2} \right] \frac{1}{\text{Máximo puntaje}}$ |
| Rangos | Puntos | Rangos | Puntos | La efectividad se expresa en porcentaje (%) |
| 0 - 20% | 0 | Muy Eficiente > 1 | 5 | |
| 21 - 40% | 1 | | | |
| 41 - 60% | 2 | Eficiente = 1 | 3 | |
| 61 - 80% | 3 | | | |
| 81 - 90% | 4 | Ineficiente < 1 | 1 | |
| >91% | 5 | | | |

Donde R= Resultado, E= Esperado, C = Costo, A= Alcanzado, T= Tiempo

Fuente. Documentos Planning, indicadores de efectividad y eficacia

Se empleará el término *eficacia* RA/RE para referir el grado de consecución de los objetivos propuestos independientemente de los costos, prescindiendo de la evaluación de los medios utilizados. La eficacia se mide en porcentajes de 0 a 100%, pudiendo

corresponder a puntuaciones desde 0 a 5 puntos, esto con el objeto de preparar la cuantificación necesaria para generar el rango de efectividad.

En cuanto a la *eficiencia* $\mu = \frac{(RA/CA*TA)}{(RE/CE*TE)}$, referirá la consecución de objetivos en relación a los costos, el uso óptimo de los recursos disponibles, y el alcance de metas con el mínimo de dichos recursos. Se puede calificar como *muy eficiente* cuando > 1 , *eficiente* cuando $=1$, e *ineficiente* cuando < 1 . Estos rangos se pueden puntuar 5,3 y 1 respectivamente, con lo que se preparan las cuantificaciones para la evaluación de la efectividad.

Finalmente la *efectividad* $\beta = \left(\frac{\text{Puntaje eficiencia} + \text{Puntaje eficacia}}{2} \right) / \text{Máximo puntaje}$ indicará la capacidad de lograr el efecto que se desea en el tiempo y costos razonables involucrando eficacia y eficiencia. Estas dos últimas se operan sumando sus puntajes, luego se promedian y se dividen por el máximo puntaje equivalente a 5 y se expresa en porcentaje.

4.5 Eficacia del modelo neoliberal aplicado en las políticas públicas de salud a partir de la ley 100 de 1993

Mediante la Ley 100 de 1993, se organizó y puso en funcionamiento el SGSSS. El nuevo modelo, organizado bajo el modelo de competencia regulada, estableció entre sus principales objetivos mejorar la equidad y la eficiencia del sistema de salud para alcanzar la universalidad de la cobertura y la integralidad de la atención. Los promotores de la reforma proyectaban que, al finalizar el año 2000, el total de la población colombiana se encontraría afiliada al SGSSS y tendría acceso a un plan obligatorio de salud que incluiría programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y planes de promoción y fomento de la salud.

De acuerdo a esto se distinguen los siguientes objetivos principales:

1. Universalidad de la cobertura en salud = M
2. Integralidad de la atención en salud = N
3. Mejorar la eficiencia del sistema de salud = Ñ
4. Mejorar la equidad del sistema de salud = O

Y como objetivos secundarios, acceso a:

- a. Plan obligatorio de salud = a
- b. Programas de prevención = b
- c. Programas de diagnóstico = c
- d. Programas de tratamiento = d
- e. Programas de rehabilitación = e
- f. Planes de promoción de la salud = f
- g. Acceso a planes de fomento de la salud = g

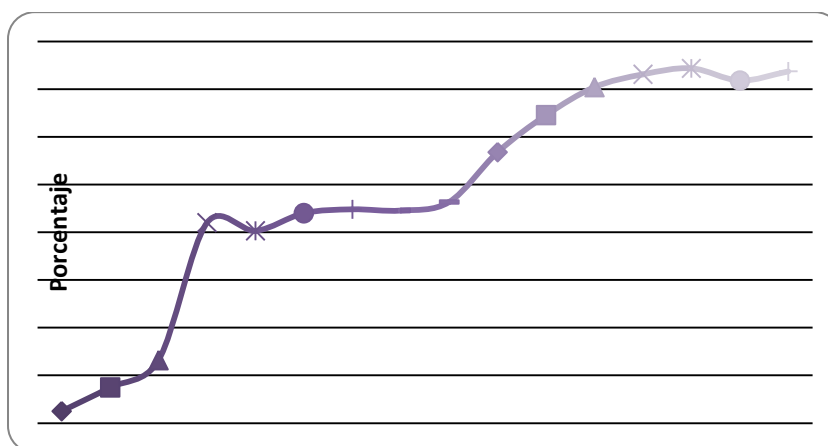
Tomando en consideración estos únicos aspectos para la evaluación de Eficacia se tendría:

$$\alpha = \frac{f(M(a), N(b, c, d, e, f, g), \tilde{N}(b, c, d, e, f, g), O(b, c, d, e, f, g))}{g(M(a), N(b, c, d, e, f, g), \tilde{N}(b, c, d, e, f, g), O(b, c, d, e, f, g))}$$

Al analizar la universalidad en la cobertura de salud se deben considerar tanto el aseguramiento como el acceso, en la medida en que el hecho de reportarse como afiliado no implica el real acceso al servicio de salud.

Antes de la ley 100 la cobertura de aseguramiento reportó un máxima cobertura de 23%, la restante población no contaba con seguro de salud, accediendo a los servicios de salud públicos del Estado, o a los privados. El ministerio de salud aceptaba un estimativo del 20% para la población que no accedía a los servicios de salud.

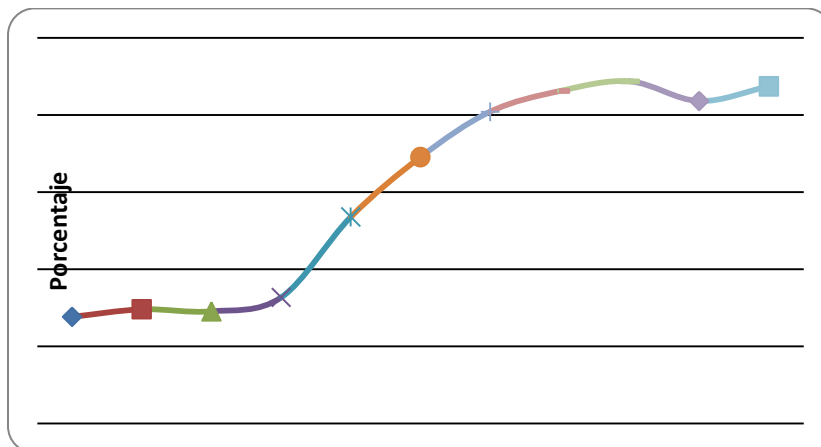
Gráfica 1. Cobertura total en salud, total (%)



Fuente. Ministerio de la Protección Social / DANE, Yepes (2010: 29) Evolución del gasto público en salud y de la cobertura del aseguramiento en salud (1980-2004), Observatorio de la Seguridad Social. Centro de Investigaciones Económicas. Universidad de Antioquia. Junio de 2001.

La evolución de aseguramiento entre 1980 y 1994 muestra un incremento poco significativo, aspecto que cambia notablemente a partir de la ley 100 de 1993, con un aumento superior al 55% seguido de un lento proceso de incremento en los seis años siguientes, hasta el año 2003 a partir del cual y hasta 2006 donde el incremento es superior al 85%. Desde el año 2006 a 2010 se presentan ligeros incrementos, con un descenso en 2009 que manifiesta recuperación en 2010, sin que se alcance la cobertura universal.

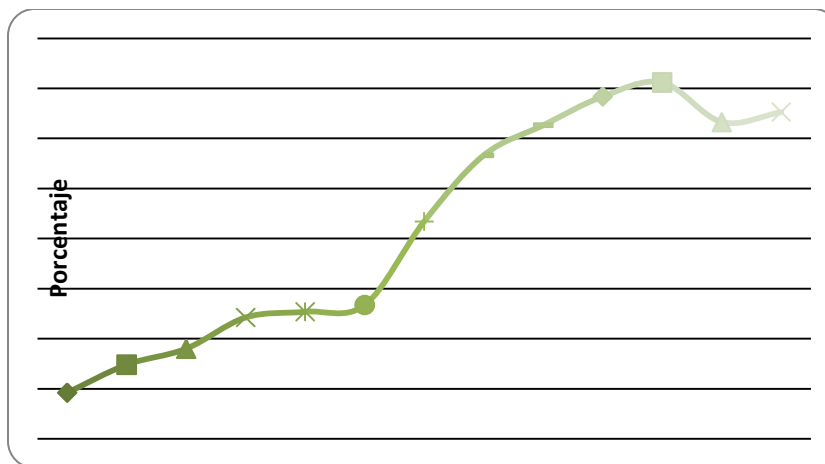
Gráfica 2. Aseguramiento - Porcentaje de Población Asegurada SGSSS



Fuente. Ministerio de la Protección Social / Proyecciones de población ajustadas, DANE

A partir de la implementación del régimen subsidiado se ha visto mayormente favorecida la población más pobre y las zonas rurales. Las diferencias en los contenidos de los paquetes de servicios de los diversos regímenes establecen una inequidad estructural del sistema, ofreciendo menor cobertura de servicios a la población más pobre (Yepes 2010: 30).

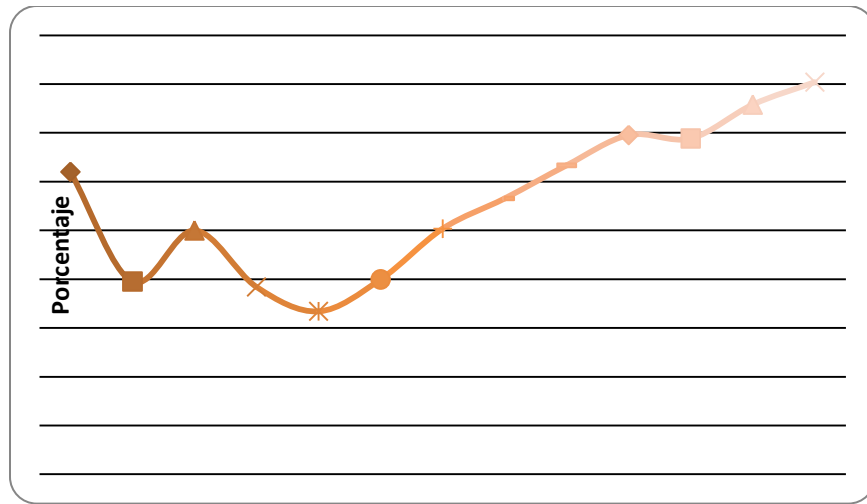
Gráfica 3. Porcentaje de cobertura por afiliación al régimen subsidiado



Fuente. Ministerio de la Protección Social / DANE, Yepes (2010: 29) la evolución del aseguramiento según régimen (1997-2005), Observatorio de la Seguridad Social. Centro de Investigaciones Económicas. Universidad de Antioquia. Junio de 2001.

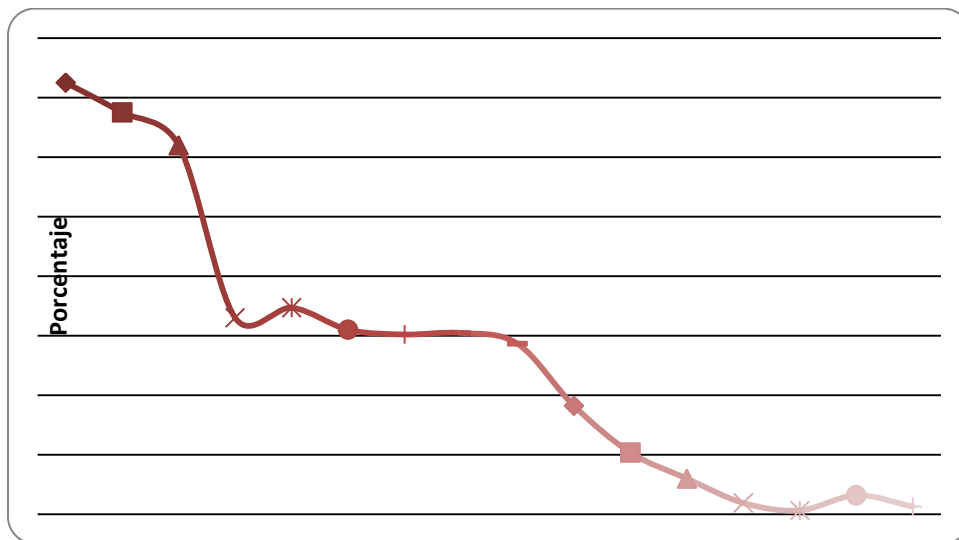
A través de este indicador se mide la proporción de la población colombiana afiliada al régimen subsidiado del SGSSS

Gráfica 4. Porcentaje de cobertura por afiliación al régimen contributivo



Fuente. Ministerio de la Protección Social / DANE, Yepes (2010: 29) la evolución del aseguramiento según régimen (1997-2005), Observatorio de la Seguridad Social. Centro de Investigaciones Económicas. Universidad de Antioquia. Junio de 2001.

Gráfica 5. Porcentaje de población no asegurada



Fuente. Ministerio de la Protección Social / DANE, Yepes (2010: 29) Evolución del gasto público en salud y de la cobertura del aseguramiento en salud (1980-2004), Observatorio de la Seguridad Social. Centro de Investigaciones Económicas. Universidad de Antioquia. Junio de 2001.

La proporción de la población Colombiana que no se encuentra afiliada al Sistema de Seguridad Social, presentó una disminución ostensible a partir de la reforma, pero sin superar la barrera del 10% restante para la cobertura total.

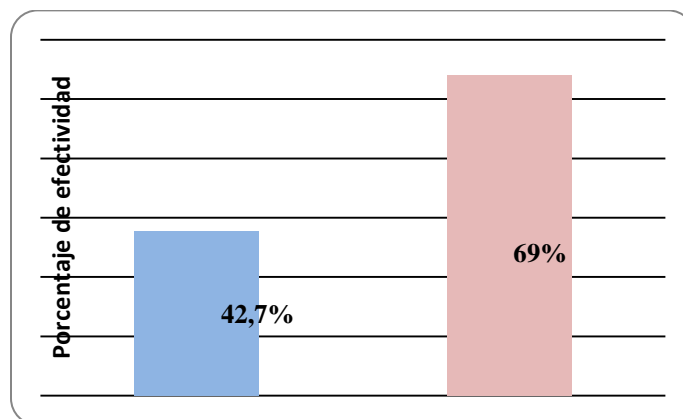
Para evaluar la eficacia de la cobertura en salud se opta en el siguiente trabajo por analizar el cubrimiento del porcentaje de la población sin cobertura en un periodo determinado, donde el porcentaje sin cubrimiento constituye el 100% de la meta. La operación se puede realizar de acuerdo a la siguiente operación (elaboración propia):

$$E(\alpha) = \frac{r.m}{x}$$

Donde

E = Eficacia, x = Porcentaje sin cubrimiento en salud que a su vez representa el 100% de la meta perfecta a alcanzar en un periodo dado, p = Porcentaje de cubrimiento en un momento a , q = Porcentaje de cubrimiento en un momento b , α = Periodo de tiempo que va desde a a b , r = Incremento del crecimiento de porcentaje de cubrimiento equivalente a $q - p$, m = Porcentaje de meta a alcanzar que en el presente caso es 100%

Gráfica 6. Porcentaje de eficacia en la cobertura de salud periodos 1995-2000, 2000-2010

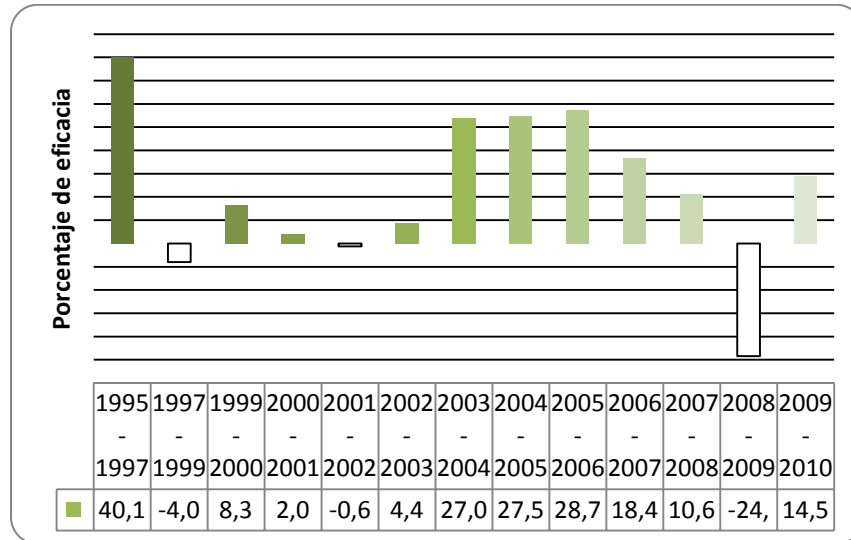


Fuente. Elaboración propia a partir de Ministerio de la Protección Social / DANE, Yepes (2010: 29) Evolución del gasto público en salud y de la cobertura del aseguramiento en salud (1980-2004), Observatorio de la Seguridad Social. Centro de Investigaciones Económicas. Universidad de Antioquia. Junio de 2001.

En el año de 1995 el 28,2% de la población en Colombia contaba con cobertura en salud, correspondiendo el 71,8% a la población faltante, de donde se sigue que este 71,8% a partir de 1995 constituye el 100% restante de la meta a alcanzar en cubrimiento. En el año 2000 que fue el periodo proyectado por los impulsores de la ley 100 de 1993 para alcanzar la cobertura total, la población con cobertura en salud alcanzaba el 59%, lo cual implica que hubo un aumento de cobertura de 30,8% (59% - 28,2%). Ahora bien, si 71,8% equivale al 100% de la meta a alcanzar en cobertura, entonces 30,8% de incremento en el periodo señalado, equivale a una eficacia de 42,7%, y para el periodo 2000- 2010, es del 69%. No

obstante al considerar la efectividad por periodos más pequeños de 1995 a 2010, se obtiene una disminución ostensible, así como periodos de efectividad negativa, como lo muestra la siguiente gráfica:

Gráfica 7. Porcentaje de eficacia en la cobertura de salud por periodos de 2 y 1 año



Fuente. Elaboración propia a partir de datos extraídos de Ministerio de la Protección Social / DANE, Yepes (2010: 29) Evolución del gasto público en salud y de la cobertura del aseguramiento en salud (1980-2004), Observatorio de la Seguridad Social. Centro de Investigaciones Económicas. Universidad de Antioquia. Junio de 2001.

En consideración a las barreras en el acceso a los servicios de salud, entre 1997 y 2003 las Encuestas de Calidad de Vida documentaron el aumento de asistencia a consultas de prevención y promoción; no obstante, persisten barreras de acceso a los servicios que afectan tanto a la población no asegurada como a la asegurada del régimen subsidiado (Yepes 2010: 34). Estas barreras son de tipo estructural y oportunista (o de racionamiento), caracterizadas de acuerdo a la siguiente tabla:

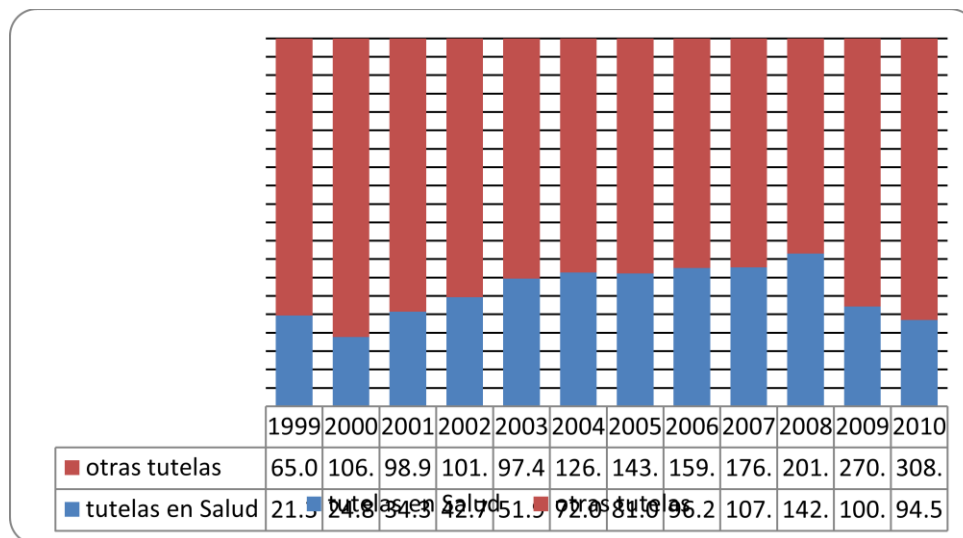
Cuadro 1. Barreras de acceso a los servicios de salud

| Barreras estructurales | Barreras de racionamiento ⁹ |
|--|---|
| Limitaciones en la cobertura del POS ¹⁰ subsidiado y POS parciales. | Desplazamientos a diferentes sitios con el objeto de: - Realizar trámites de autorizaciones - Realización de exámenes diagnósticos - Obtención de medicamentos |
| Falta de integralidad y continuidad de algunos servicios ofrecidos en el POS subsidiado. | Mayores barreras de acceso y uso para la población no asegurada. |
| Barrera económica: determinada por el cobro de copagos y cuotas moderadoras. | Barreras de acceso a segunda cita (especialista o exámenes diagnósticos). |

Fuente. Elaboración propia, basada en Yepes 2010: 34

Precisamente con motivo de las restricciones de acceso a servicios de salud, las cifras indican que el derecho a la salud fue el más invocado, por encima del derecho de petición y el derecho a la vida. Esta tendencia ha mostrado un incremento constante, con una participación promedio de 34,57% del total de las tutelas entre el año de 1999 y 2008.

Gráfica 8. Participación de las tutelas de salud. Periodo 1999 – 2010

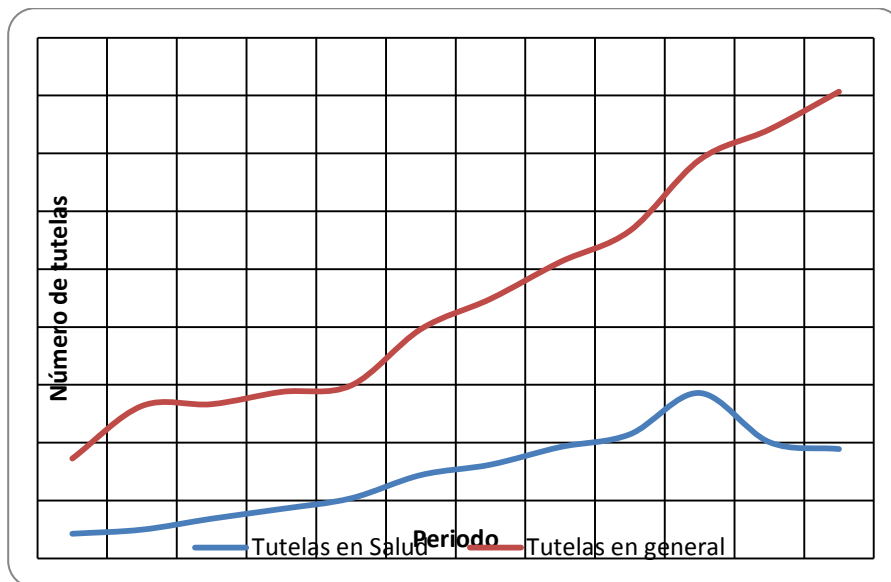


Fuente. Corte constitucional

⁹ Estas son establecidas por los aseguradores con el objeto de disminuir costos y así como el uso de servicios por parte de los aseguradores.

¹⁰ POS: Plan Obligatorio de Salud

Gráfica 9. Evolución de la tutelas en salud. Periodo 1999-2008



Fuente. Corte constitucional

En cuanto a la equidad en el acceso a los servicios de salud, no se han superado satisfactoriamente las expectativas. La existencia de tres modalidades de aseguramiento, contributivo, subsidiado y parcial, con distintas coberturas de servicios y menor cobertura para la población más pobre “implica ya una inequidad estructural. Para los trabajadores independientes de bajos ingresos que quieran afiliarse al régimen contributivo, el tener que asumir el costo total de la contribución” que al día de hoy (en la declaración más baja aceptada que es la de un salario mínimo) asciende por concepto de salud a \$67.000¹¹, “se constituye en una barrera inequitativa” (Yepes 2010: 41)

¹¹ El salario mínimo en Colombia en 2011 es de \$535.600, esto significa que un individuo que gane mensualmente esta cantidad como independiente, deberá destinar el 12,5% de esta para salud. De otro modo se verá obligado a inscribirse en el SISBEN, cuya acceso, calidad y eficiencia muestra bajos índices en las encuestas de percepción y en las estadísticas de calidad.

Cuadro 2. Indicadores de equidad en el acceso a los servicios de salud después de la reforma.

| Indicador | Años | | |
|---|----------------------------------|--------------------------------------|--|
| | 1993 | 1997 | 2000 |
| *Declaratoria enfermedad, versus Atención | Mayor enfermedad Pobres | Mayor enfermedad y atención en ricos | Mayor enfermedad pobres. Mayor atención en ricos |
| *No demanda servicios en caso de enfermedad | Q1 37,1% Q2 26,8% Q3 13,2% | Q1 23,3% Q2 25,5% Q3 20,8% | Q1 27,3% Q2 23,4% Q3 19,18% |
| ** Probabilidad utilización servicios | Q1 0541 Q2 0678 Q3 0812 | Q1 0587 Q2 0672 Q3 0822 | ND |

Fuente: * Desarrollo Humano Colombia 2000 (2001):DNP-PNUD.

** Castaño, R.A et al., Evolución de la equidad en el Sistema Colombiano de Salud (2001).

En conclusión, 18 años después de la expedición de la Ley 100 de 1993, grandes sectores de la población continúan excluidos del sistema y los planes de salud de los regímenes contributivo y subsidiado conservan diferencias sustanciales en cuanto a su contenido.

4.5.1 Puntuación de eficacia en cobertura por periodos

Al hacer aplicación de la fórmula consignada en la tabla 1, donde se toma el porcentaje de eficacia en la cobertura de salud periodos de 1 y dos años, encontramos que la puntuación expresa el rango más bajo en la mayoría de los periodos con una media de puntuación 0.

Tabla 2. Puntuación de eficacia por periodos

| Periodo | % de eficacia | Puntuación por periodo |
|-----------|---------------|------------------------|
| 1995-1997 | 40,1 | 1 |
| 1997-1999 | -4 | 0 |
| 1999-2000 | 8,3 | 0 |
| 2000-2001 | 2 | 0 |
| 2001-2002 | -0,6 | 0 |
| 2002-2003 | 4,4 | 0 |
| 2003-2004 | 27 | 1 |
| 2004-2005 | 27,5 | 1 |
| 2005-2006 | 28,7 | 1 |
| 2006-2007 | 18,4 | 0 |
| 2007-2008 | 10,6 | 0 |
| 2008-2009 | -24,2 | -1 |
| 2009-2010 | 14,5 | 0 |
| Promedio | 11,7 | 0 |

| Eficacia | |
|----------|--------|
| RA/RE | |
| Rangos | Puntos |
| 0 - 20% | 0 |
| 21 - 40% | 1 |
| 41 - 60% | 2 |
| 61 - 80% | 3 |
| 81 - 90% | 4 |
| >91% | 5 |

Fuente. Documentos Planning, indicadores de efectividad y eficacia para tabla. Elaboración propia reemplazo de variables

4.6 Eficiencia del modelo neoliberal aplicado en las políticas públicas de salud a partir de la ley 100 de 1993

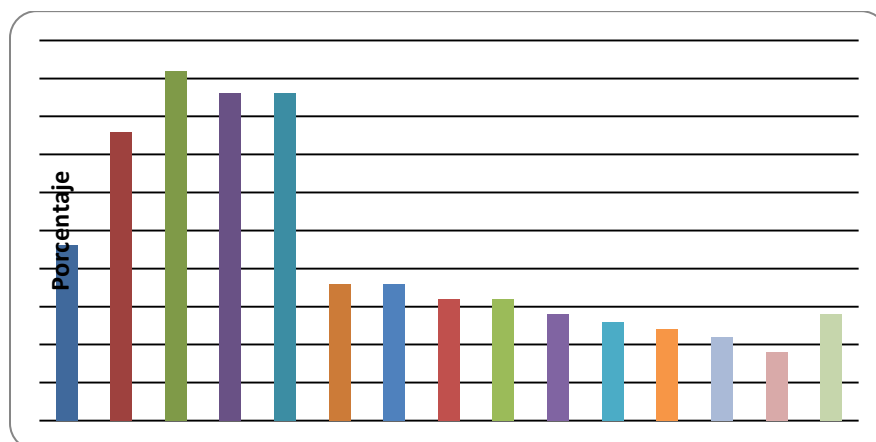
En cuanto a los costos de transacción se ha encontrado que estos han sido altos en el régimen contributivo dificultando el funcionamiento del mecanismo de precios e imposibilitando la competencia perfecta. En el régimen subsidiado hay indicios que implican altos costos de transacción sin que esto se pueda corroborar ante la usencia de estudios en esta materia.

“La renovación periódica de contratos entre entes territoriales y aseguradoras, y entre estas y proveedores, la movilidad de la población entre un régimen y el otro debido a la inestabilidad laboral, la necesidad de actualizar periódicamente el SISBEN y las demoras en los flujos de fondos” (costos financieros), generan posibles costos de transacción que se podrían evitar o disminuir. (Yepes 2010: 38)

Otro problema de ineficiencia se relaciona con la existencia de planes de medicina prepagada que desembocan en situaciones de doble cobertura y pagos de doble prima sin un esquema de complementariedad. Súmese a este otro más grave, representado por la corrupción y pérdida de recursos que han sido denunciados múltiplemente a través de todos los medios informativos, que abordan asuntos tales como los sobrepagos de equipos adquiridos, ausentismo médico y evasión de las empresas en la afiliación de sus trabajadores. (Yepes 2010: 38)

El gasto público en salud que es la suma del gasto público y privado en salud, abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencias.

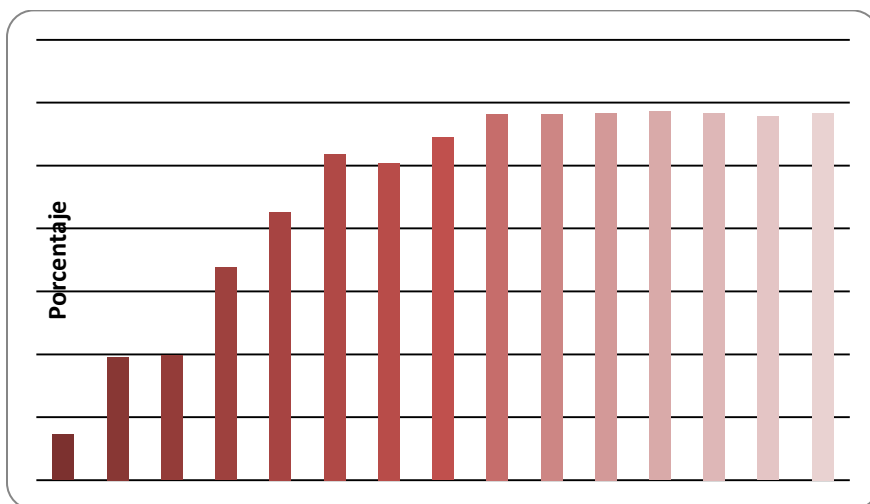
Gráfica 10. Gasto público en salud, total (% del PIB)



Fuente. Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo y actualizaciones de los países miembro de la OCDE, complementada con informes de pobreza y estudios nacionales y sectoriales del Banco Mundial, Indicadores del desarrollo mundial

El gasto total en salud en relación con el PIB representa una proporción que creció entre el 7,34% en 1995 y el 9,34% en 1999, mostrando una tasa de crecimiento promedio anual de la participación en el PIB del 6,6% durante este periodo. A partir de 2000 comienza un proceso de decrecimiento que llega a 5,9% en 2008, presentando una ligera mejoría en 2009.

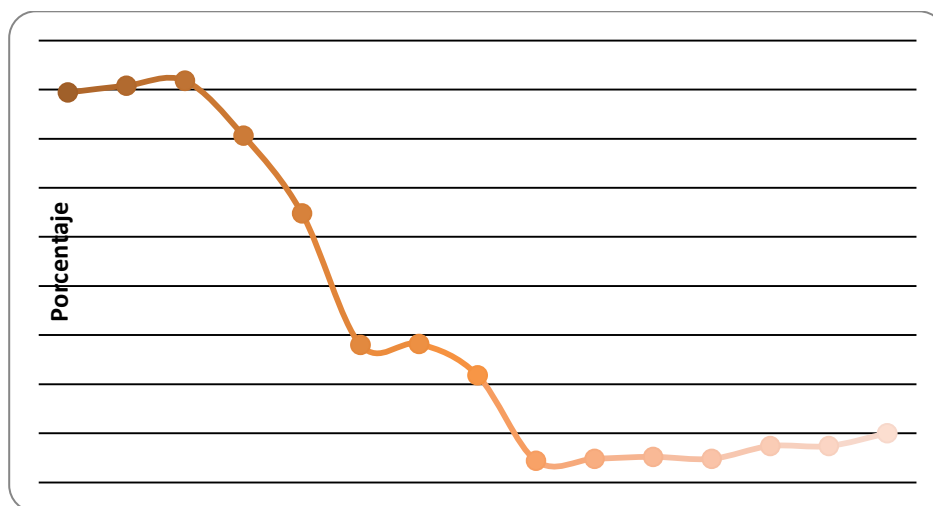
Gráfica 11. Gasto en salud, sector público (% del gasto total en salud)



Fuente. Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo y actualizaciones de los países miembro de la OCDE, complementada con informes de pobreza y estudios nacionales y sectoriales del Banco Mundial. Indicadores del desarrollo mundial.

El gasto público en salud que comprende el gasto recurrente y de capital proveniente de los presupuestos públicos (central y locales), el endeudamiento externo y las donaciones (incluidas las donaciones de los organismos internacionales y las organizaciones nacionales). Muestra una tendencia del gasto con un rango mantenido promedio del 84%

Gráfica 12. Gastos de salud desembolsados por el paciente (% del gasto privado de salud)



Fuente. Encuestas del Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud y OCDE, Indicadores del desarrollo mundial

Los gastos desembolsados por el paciente, referidos a la erogación directa por parte de los hogares, incluidas los accesos gratuitos y los pagos en especie, a los médicos y proveedores de fármacos, dispositivos terapéuticos y otros bienes y servicios. La gráfica 12 muestra una importante disminución del gasto a partir de 1997 que va desde 85,9% hasta 47,2% en 2003, con una desmejora en 2005 y 2007 en adelante, hasta alcanzar el 50%.

4.6.1 Eficiencia en cobertura de salud

Considerando la media de eficacia obtenida en la tabla 2, sobre los costos en gasto público en salud expresados en la gráfica 11, por el tiempo en análisis con periodo 1995-2010, sobre los objetivos planteados con rango del 100%, se obtiene una calificación de eficiencia de por encima de 1, que permite calificar el periodo total como muy eficiente, como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3.

| Eficiencia | | |
|---------------------------------------|--------|---|
| $\mu = \frac{(RA/CA*TA)}{(RE/CE*TE)}$ | | $\mu = \frac{(88,71\%/77,9\%*15)}{(100\%/77,9\%*10)}$ |
| Rangos | Puntos | |
| Muy Eficiente > 1 | 5 | $\mu = \frac{17,0815148}{12,8369705}$ |
| Eficiente = 1 | 3 | |
| Ineficiente < 1 | 1 | $\mu = 1,33065$ |

Fuente. Documentos Planning, indicadores de efectividad y eficacia para tabla. Elaboración propia reemplazo de variables

Donde R= Resultado, E= Esperado, C = Costo, A= Alcanzado, T= Tiempo

Dado que $\mu = 1,33065$, entonces se obtiene de acuerdo a la tabla calificación > 1

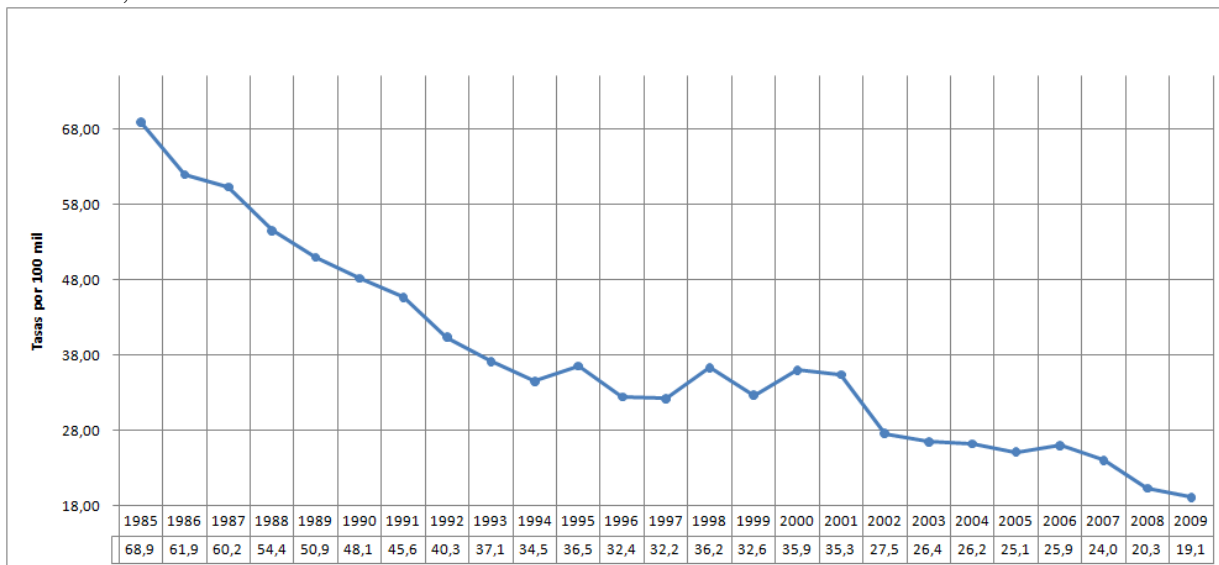
4.7 Efectividad del modelo neoliberal aplicado en las políticas públicas de salud a partir de la ley 100 de 1993

La reforma del 93 se propuso estimular la competencia entre los aseguradores y entre los prestadores conforme los planteamientos del modelo neoliberal; no obstante, esta competencia presentó limitaciones puesto que muchos municipios del país no pudieron integrarse a la misma dado que el tamaño de su población determinó que sólo existiera un único prestador, limitando a su vez el número de aseguradores. Por otra parte la falta de información sobre la calidad de los prestadores y aseguradores, así como los periodos mínimos de permanencia reglamentados para poder hacer solicitudes de traslado, se constituyeron en barreras para la libre elección. (Yepes 2010: 37)

Las leyes 100 de 1993 y 215 de 2001 establecieron un sistema obligatorio de garantía de calidad que comprende un sistema único de habilitación, auditoría para el mejoramiento de la atención de salud, un sistema único de acreditación y un sistema de información para la calidad. En cuanto al sistema de acreditación este es voluntario y la cobertura institucional de este es mínima, en la misma línea a pesar que la ley 1122 de 2007 hizo mandatorio un sistema de control de calidad, este no existe razón por la cual no se han podido establecer protocolos de diagnóstico y tratamiento. (Yepes 2010: 37).

Era de esperarse que la reforma de la salud implicara mejora en el nivel de salud de los colombianos. La información disponible muestra resultados positivos en este sentido.

Gráfica 13. Mortalidad evitable por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años. Colombia, 1985 -2001

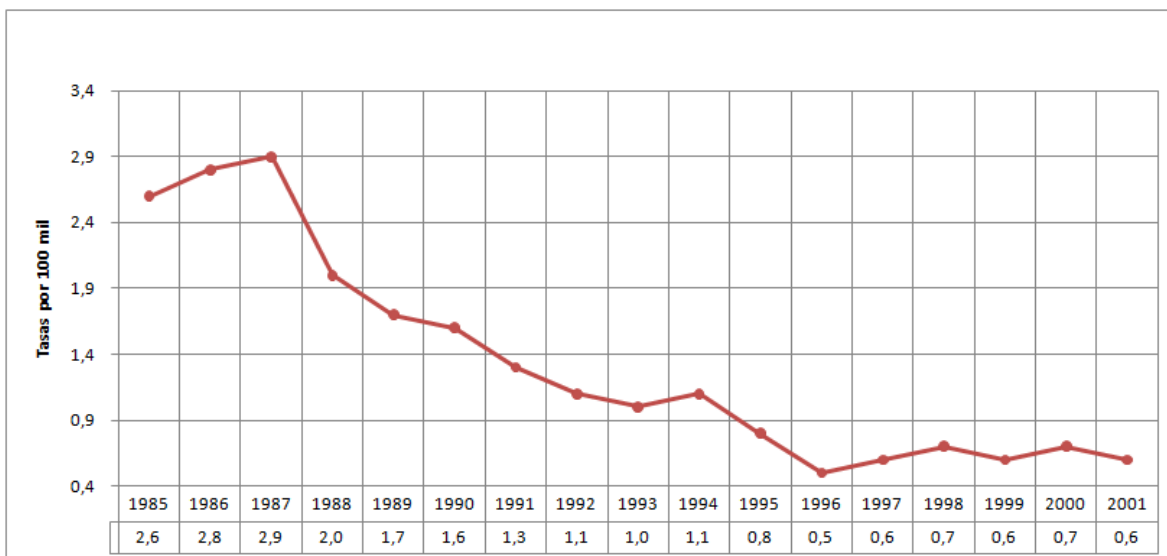


Fuente. Gómez 2006 (desde 1985 hasta 1998), DANE (1998 en adelante)

La mortalidad evitable es un indicador de primer orden cuando se analiza el nivel de salud de una nación. En el presente caso se tomará en consideración tres indicadores.

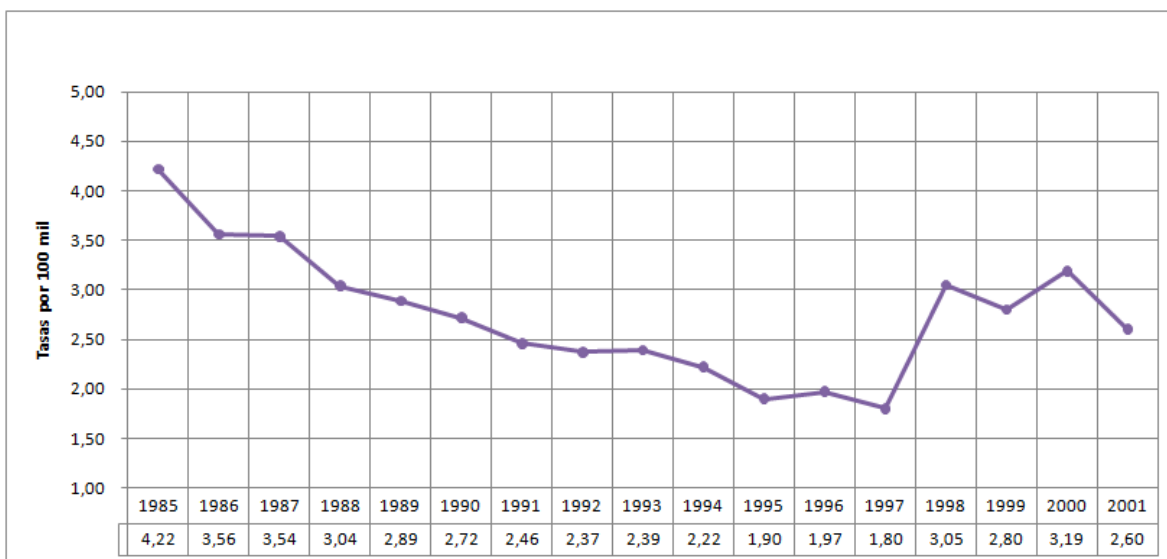
Tal como lo muestra la gráfica 8, a partir de la reforma del 93 se presentó un estancamiento en las cifras de mortalidad evitable por IRA que se extendió hasta 2001 para luego continuar un lento descenso que si bien no es armónico con las cifras de inversión puede considerarse positivo.

Gráfica 14. Mortalidad evitable por prevención primaria. Tasa ajustadas. Colombia, 1985 -2001



Fuente. Gómez 2006.

Gráfica 15. Mortalidad por causas obstétricas. Tasa ajustadas. Colombia, 1985 -2001

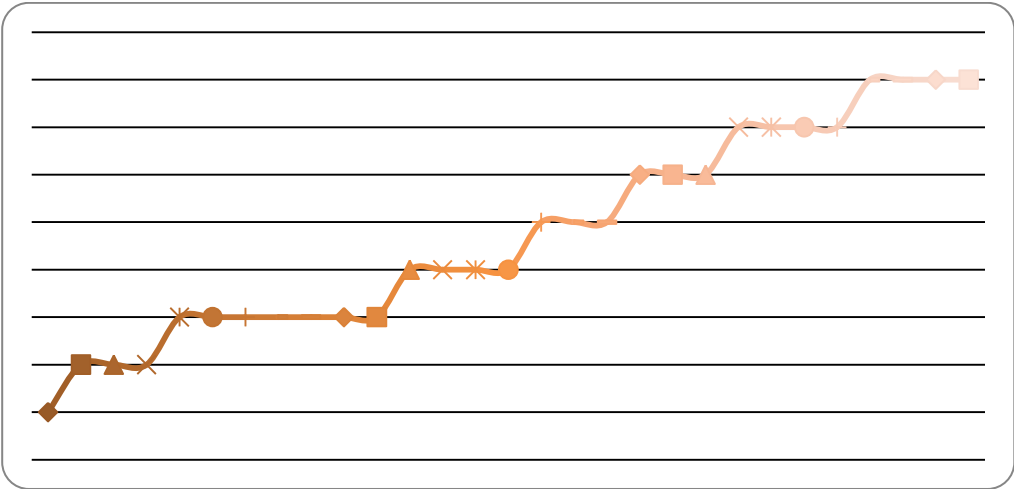


Fuente. Gómez 2006.

La esperanza de vida al nacer indica la cantidad de años que viviría un recién nacido si los patrones de mortalidad vigentes al momento de su nacimiento no cambian a lo largo de la vida del infante. Se esperaría que este indicador presentara una estrecha relación con los procesos de cubrimiento universal en salud y la mejora en la calidad de la atención; no

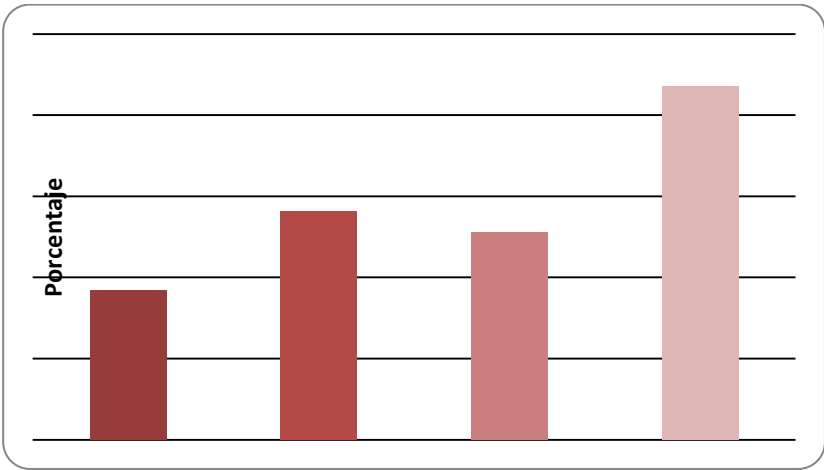
obstante, su evolución no muestra alteración significativa siguiente a la reforma, presentando una tendencia de incremento cuya dinámica parece obedecer a otras variables.

Gráfica 16. Esperanza de vida al nacer, total (años)



Fuente. Estimaciones del Banco Mundial con datos de la División de Población de las Naciones Unidas, Perspectivas de la Población Mundial: Revisión de 2008 y Revisión de 2006, Eurostat, oficinas estadísticas nacionales, informes de censo, Indicadores del desarrollo mundial.

Gráfica 17. Embarazadas que reciben atención médica prenatal (%)

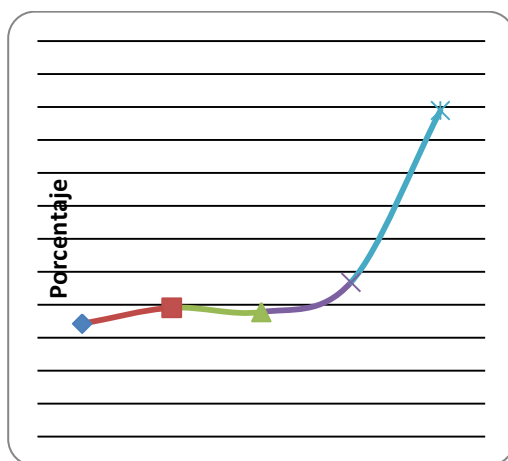


Fuente. UNICEF, Estado Mundial de la Infancia, Childinfo, y encuestas demográficas y de salud realizadas Macro International, Indicadores del desarrollo mundial

Las embarazadas que reciben atención médica prenatal se define como la proporción de mujeres asistidas al menos una vez durante el embarazo por personal de salud capacitado,

por razones relacionadas con el embarazo. La gráfica 14 muestra una tendencia al aumento, aunque con un ligero retroceso en 2000, para luego recuperarse y ascender en 2005 hasta 61,35%.

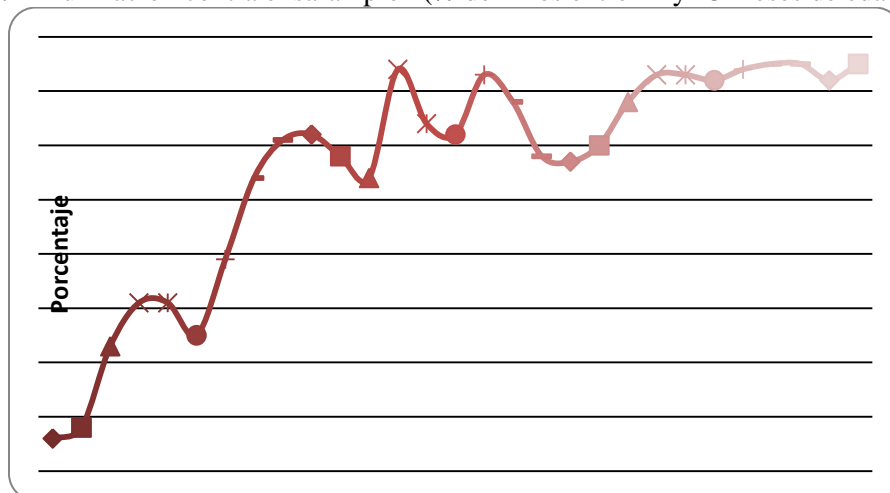
Gráfica 18. Nacimientos asistidos por personal de salud capacitado (% del total)



Fuente. UNICEF, Estado Mundial de la Infancia, 2009, Childinfo, y encuestas demográficas y de salud realizadas por Macro International, Fuentes Indicadores del desarrollo mundial.

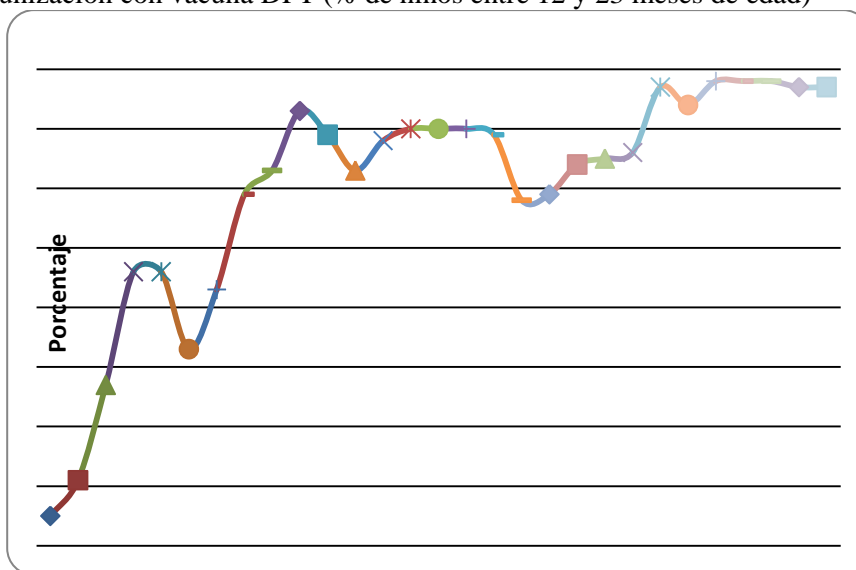
Los nacimientos asistidos por personal de salud capacitado son el porcentaje de partos asistidos por personal capacitado para suministrar la supervisión, la atención y el asesoramiento necesarios a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. La gráfica 15 muestra un estancamiento de 1986 a 1995 con promedio de 59%, realizando un ligero avance al año 2000 de 1,8%, seguido por un incremento que ubica el indicador en 71,78%.

Gráfica 19. Inmunización contra el sarampión (% de niños entre 12 y 23 meses de edad)



Fuente. Organización Mundial de la Salud y UNICEF, Fuentes Indicadores del desarrollo mundial
La inmunización de niños mide el porcentaje de niños de entre 12 y 23 meses de edad que recibieron vacunas antes de los 12 meses o en cualquier momento antes de la encuesta. Se considera que un niño está inmunizado de manera adecuada contra el sarampión.

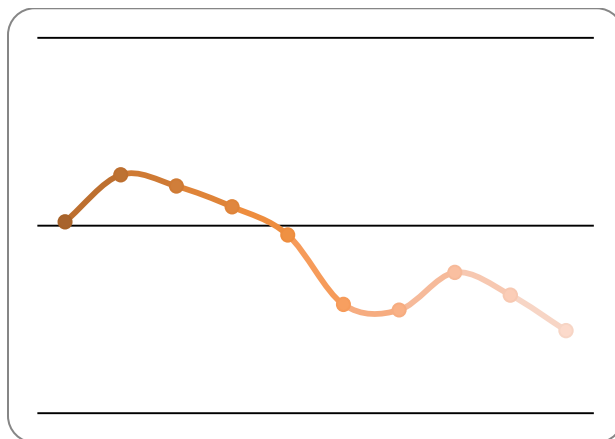
Gráfica 20. Inmunización con vacuna DPT (% de niños entre 12 y 23 meses de edad)



Fuente. Fuente: Organización Mundial de la Salud y UNICEF, Fuentes Indicadores del desarrollo mundial.

La inmunización de niños mide el porcentaje de niños de entre 12 y 23 meses de edad que recibieron vacunas antes de los 12 meses o en cualquier momento antes de la encuesta. Se considera que un niño está inmunizado de manera adecuada contra la difteria

Gráfica 21. Mortalidad por tuberculosis por 100.000 habitantes



Fuente. Organización Mundial de la Salud, informe sobre Control mundial de la TB., Fuentes Indicadores del desarrollo mundial.

4.7.1 Efectividad en la cobertura en salud

Tomando como base los datos establecidos en la tabla 2 en relación a la puntuación de eficacia y la tabla 3 en relación a la puntuación de eficiencia, se operó conforme a la fórmula establecida en la tabla 1, obteniendo una efectividad porcentual del 50% como se muestra en la tabla 4

Tabla 4.

| Efectividad | |
|--|--|
| $\beta = \left(\frac{\text{Puntaje eficiencia} + \text{Puntaje eficacia}}{2} \right) \frac{1}{\text{Máximo puntaje}}$ | $\beta = \frac{0 + 5}{\frac{2}{5}}$ $\beta = 50\%$ |
| La efectividad se expresa en porcentaje (%) | |

Fuente. Documentos Planning, indicadores de efectividad y eficacia para tabla. Elaboración propia reemplazo de variables

5. CAPÍTULO IV

5.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA REFORMA A 18 AÑOS DE SU IMPLEMENTACIÓN

Al realizar el análisis de datos y de fuentes de acuerdo a la técnica de síntesis narrativa se obtuvieron cuatro resultados principales relacionados con los siguientes aspectos:

- Influencias externas e internas en la reforma de la salud en Colombia
- Impacto del modelo neoliberal en la reforma de salud
- Avances en el SGSSS
- Problemáticas en el SGSSS

5.1.1 Influencias externas e internas en la reforma de la salud en Colombia

En la reforma de la salud en Colombia son diversos los actores externos internacionales que ejercieron presión, orientaron o motivaron los contenidos de la reforma, además de estos también se verifica la presencia de condiciones internas que determinaron, dieron origen o justificaron los cambios introducidos en las políticas públicas de salud.

Al considerar las influencias externas destaca en primer lugar la ola neoliberal y el Banco Mundial como actor de presión, las exigencias del FMI (Fondo Monetario Internacional), y en otra línea la OPS (Organización Panamericana de las Salud)

Con el objeto de superar la crisis económica de 1980, el FMI exigió a los gobiernos la realización de ajustes estructurales entre los que se encontraba el recorte de los gastos en los sectores sociales en los que se incluye el sector salud. Esta reducción de los presupuestos significó a nivel mundial el deterioro en la calidad de los servicios así como una disminución ostensible en el grado de satisfacción de proveedores y usuarios.

El Banco Mundial, para fortalecer su programa de préstamos al sector de la salud, a finales de la década de 1990 “se había convertido en la agencia que más fondos prestaba a los

países en vías de desarrollo para ese sector (...) el Banco Mundial había concedido préstamos por un valor total de US \$16.800 millones” (Castillo 2006: 47)

El Banco Mundial basado en su poder económico promovió en el país una reforma de salud asentada en la consideración que el sector privado es más eficiente que el sector público y que la función del gobierno es regular y no proveer servicios, así propuso la privatización de los servicios, su descentralización, la separación de las funciones de financiación y provisión, y la universalización del acceso a un paquete de servicios mínimos que el país debía definir de acuerdo con sus recursos y estudios de eficiencia en función de los costos.

En materia de descentralización la OPS desde 1988 impulsó la creación de los sistemas locales de salud (Silos), que en Colombia asumió la forma de los sistemas municipales de salud (SMS).

Si se busca señalar un factor interno que haya justificado la ley 100 de 1993, este será primordialmente la baja cobertura alcanzada por el ISS (Instituto de seguros Sociales) quien en su gestión monopólica de aproximadamente 5 decenios no logró un cubrimiento por encima del 16,3% de la población colombiana, pésimo desempeño que se manifiesta además en el cubrimiento de la población asalariada que apenas alcanzó el 53,6%, determinando ante su evidente fracaso la necesidad de introducir nuevas estrategias que corrigieran la baja cobertura.

5.1.2 Impacto del modelo neoliberal en la reforma de salud y en la evolución del SGSSS

En consideración al número de denuncias realizadas a través de medios informativos, pero primordialmente a la crítica realizada por la academia, donde se responsabiliza al neoliberalismo de la mayoría de las diversas fallas que se presentan en el SGSSS, especialmente en materia de mercantilización de salud que se relaciona estrechamente con problemáticas de corrupción, se consideró relevante evaluar la incidencia del enfoque neoliberal en la reforma de la salud y en la evolución del SGSSS. En cuanto a este primer aspecto se pudo observar que el neoliberalismo no fue la única posición que participó en la

arquitectura inicial de la reforma del 93 y sus antecedentes en el 91, sino que intervinieron además el enfoque bismarckiano, y el enfoque descentralizador. El enfoque bismarckiano manifestó una tendencia de tipo social que se expresó en los conceptos de solidaridad y universalidad en el artículo 48 de la constitución de 1991, en tanto el enfoque descentralizador por su naturaleza reviste un carácter principalmente de tipo administrativo donde se trata de territorializar la organización y la gestión en el campo de la salud (leyes 10 de 1990 y 60 de 1993), en cuanto al enfoque neoliberal se cataloga especialmente como un modelo económico que se inserta en las medidas de libre competencia y libre elección.

Tenemos entonces que las tres posiciones referidas con sus tendencias, social, administrativa y económica se relacionaron entre sí, en la reforma de la salud. No obstante, los cambios introducidos por el enfoque neoliberal manifiestan un mayor efecto en los resultados y la evolución del SGSSS que los otros dos enfoques, dado que la estructuración económica es un determinante primordial en el desarrollo de cualquier sistema en la que esta se vea implicada. De tal manera la evolución de este sistema también dependerá de los trazos iniciales de las políticas económicas en las políticas públicas de la salud.

La inclusión del sector privado, y la progresiva privatización sustentados en la premisa teórica de la libre competencia y la libre elección como factores originadores de calidad y eficiencia han determinado en mayor medida los avances, y fallas del SGSSS.

5.1.3 Avances en el SGSSS

La reforma de la ley 100 en salud desde su implantación ha presentado diversos avances positivos entre los que cabe contar el aumento del gasto para la salud entre 1988 y 2000, el aumento sustancial del gasto privado, el aumento en la cobertura del aseguramiento total contributivo y subsidiado, la disminución del gasto de bolsillo, una mejor focalización de los subsidios, la mejora en la equidad del aseguramiento, el mayor acceso a los servicios de salud por la población asegurada, y el aumento en la consulta de sano (por prevención y promoción) entre 1993 y 1997.

El gasto para la salud en Colombia aumentó si se considera que el aporte del gobierno pasó de 1,39% del PIB en 1988 a 4% en 2000, lo cual significa un aumento del 178%, a su vez la cuota patronal pasó de 8% a 12% del salario lo que significó para este periodo un aumento significativo del gasto privado. El aumento del aseguramiento documentado es un logro evidente si se considera que de estar en un 25% en 1995, asciende a 88,71% en 2010; no obstante como señala Yepes (2010: 55), es necesario “subrayar la importancia de reconocer la inequidad de la estructura actual del mismo y lo erróneo de sumar las coberturas de los diferentes regímenes como unidades comparables”.

El gasto en el bolsillo mostró una importante disminución si se considera que a partir de 1997 pasó desde un 85,9% hasta 47,2% en 2003, con una desmejora en 2005 y 2007 en adelante, hasta alcanzar el 50%.

En cuanto a la mejoría de los subsidios entre 1993 y 1997 los subsidios para el cuarto quintil pasaron de 0,61% al 0,51% del PIB y para el quinto de 0,38 a -0,20%. El 62% de los subsidios iba al 40% más pobre, y el quinto quintil tenía un subsidio negativo (Yepes 2007).

La mejora en la calidad del aseguramiento se manifiesta en la disminución de los diferenciales urbano-rurales, por edad y nivel educativo se trata de un adelanto en la equidad del aseguramiento; sin embargo, si se interpreta “en el contexto de las diferencias entre los distintos POS y teniendo en cuenta los diferenciales de acceso real a los servicios entre los diversos regímenes, lo que hace a esta ganancia menos significativa” (Yepes 2010: 55).

Respecto al acceso a los servicios de salud por la población asegurada contributiva y subsidiada, este ha aumentado específicamente a la primera consulta, aún cuando muestra barreras de acceso para servicios posteriores como remisión a especialista, exámenes diagnósticos y medicamentos.

Finalmente la consulta por promoción y prevención aumentó significativamente entre 1993 y 1997, seguramente con motivo de la norma establecida en la Resolución 412 de 2000 donde se establece la demanda inducida para procedimientos preventivos

5.1.4 Problemáticas en el SGSSS

La dificultad más reconocida no sólo por los estudiosos sino por la población en general gracias al papel de los medios de comunicación, se relaciona con la pérdida de recursos de salud desviados al sector privado por vía de la corrupción. El estudio realizado por Gideón, Morales y Acosta (2005: 123) en hospitales públicos de Bogotá. Estima que se efectuaron gastos de sobre costo equivalentes a un 10% de los presupuestos hospitalarios destinados a adquisición de material quirúrgico, suma que hubiera permitido la afiliación de 24.000 personas pobres. En este estudio se estimó además que el ausentismo médico alcanzó el 5,7%, significando una pérdida de recursos que habría permitido la afiliación de 12.000 personas adicionales. Fedesalud y la Universidad Santo Tomás (2008) realizaron estimativos de la cantidad de dinero que las empresas se ahorraron en 2004 mediante la evasión de afiliación de sus trabajadores a la seguridad social¹², que en el caso de la salud alcanzó los 4 billones de pesos.

El tema de la corrupción es complejo abarcando dinámicas que relacionan tanto a las administradoras del régimen subsidiado, así como a las administraciones municipales y departamentales.

“ Entre las manifestaciones de corrupción se encuentran los pagos de las ARS a los alcaldes para trasladar usuarios a su favor; cobros de UPC por afiliados inexistentes y carnés no entregados no entregados, pagos de prestadoras de servicios a las ARS para obtener contratos; incorporación al régimen subsidiado de personas con capacidad de pago; cobros por vacunas y otros servicios gratuitos, y retrasos en los pagos a las ARS”. (Castillo 2006: 61)

En cuanto al FOSYGA (Fondo de solidaridad y Garantía), la debilidad que manifiesta este regulador se relaciona con el empleo de los dineros que este fondo recibe, tales recursos no se han invertido en el fortalecimiento del sistema, sino que se han destinado a la compra de títulos y bonos que financian otros gastos del gobierno; además, como observan algunos

¹² El sistema de Seguridad Social en Colombia está reglamentado por la Ley 100 de 1993 y se refiere al Sistema general de Pensiones, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Sistema General de Riesgos Profesionales, y servicios sociales complementarios.

analistas (Castillo 2006: 61) “la regulación estatal en el régimen contributivo ha sido muy errática y casi inexistente”.

Al considerar la cobertura en salud, se encuentra que una de las mayores dificultades que determinan la falta de universalidad, se relaciona con el difícil acceso a zonas de violencia armada y en las zonas urbanas al reconocimiento real de la población desplazada. Se presenta un problema para la afiliación de nuevos asegurados en el sistema subsidiado, motivado por la carencia de la documentación exigida por el proceso administrativo para obtener la afiliación, dado que varios de los individuos de la población desplazada han perdido sus documentos al momento de la reubicación forzada. Cabe mencionar que este aspecto no se relaciona con la reforma pero es mencionado en la medida en que afecta el interés de la cobertura universal.

Si bien, como se expresó en líneas anteriores, el gasto en salud así como la cuota patronal aumentaron ostensiblemente en el periodo señalado, este aumento no ha estado seguido de un mayor acceso a los servicios así como tampoco de una mejor calidad lo que indica claramente una mejoría negativa de la eficiencia.

La elevada cantidad de tutelas por servicios de salud cubiertos en el POS (plan obligatorio de seguridad) y negados por las aseguradoras, es un indicador importante de las barreras de acceso a los servicios de salud. Esto significa que los afiliados están viendo negados sus servicios por las aseguradoras aún cuando estos están cubiertos por el POS lo que implica que esté costeados en la UPC (Unidad de Pago por Capitación). Al considerar el amengüe en la tasa de consulta en el periodo comprendido entre 1997 y 2003, aún cuando a la par se presentó un aumento en la cobertura del aseguramiento y del gasto en salud, permite deducir la presencia de un efecto racionalizador en el sistema que ha de considerarse como una barrera de acceso. (Zambrano 2008)

Si bien la acción de tutela ha sido una herramienta de vital importancia en materia de acceso a la salud, implica para el paciente que este proceso sea penoso e implique una demora innecesaria para que este pueda acceder al tratamiento médico reclamado. Por su naturaleza la demanda de una tutela conlleva trámites burocráticos que no resultan sencillos

para el ciudadano de a pie. Sumado a lo anterior la mayoría de los ciudadanos no cuenta con un conocimiento claro del funcionamiento del sistema, de modo que se suelen sentirse desorientados ante situaciones como la negación del servicio. En tal situación los médicos juegan un papel preponderante de asesoría y orientación, en tanto que la institucionalidad no se dé a la tarea de generar una pedagogía sobre el sistema que haga que la experiencia sea más fluida. (Pereira 2007)

Otra importante dificultad del régimen contributivo se relaciona con la evasión de aportes obligatorios al sistema por parte de los empleadores y los trabajadores, que pone obstáculos al objetivo de la cobertura universal del sistema.

Hacer efectiva la obligatoriedad de la afiliación a más de la mitad de los trabajadores colombianos que pertenecen al sector informal de la economía, es una labor compleja si se considera que la inmensa mayoría de estos trabajadores no están ligados formalmente con la economía, ya sea porque no tienen patronos, porque derivar sus ingresos de ventas o prestación de servicios que hacen a personas individualmente o porque simplemente nunca han pagado impuestos. Para el trabajador independiente la afiliación resulta es onerosa, al tener que pagar él solo la totalidad del aporte y al no beneficiarse de otros programas, entre otros, como la protección a los riesgos laborales. Son muchos los que no se sienten molestos cuando tienen que pagar un impuesto, máxime cuando éste es considerado excesivo con relación a lo que se obtiene de él. Un aportante de altos ingresos estaría pagando al sistema unas veinte veces lo que valen los beneficios obtenidos. Igual podría decirse del trabajador de más bajos ingresos para quien ni siquiera su aporte le alcanza para cubrir el valor de los beneficios recibidos, pero debe ser solidario con los pobres. Esta situación induce a subdeclarar los ingresos sobre los que se debe aportar y aun más, a no pagarlos en su totalidad. Para el sector informal de la economía y la pequeña empresa, los aportes a la seguridad social, se constituyen en una severa carga que incentiva la evasión y desincentiva el empleo formal.

5.1.5 Los resultados esperados

Al considerar los resultados obtenidos relacionados con: a) Influencias externas e internas en la reforma de la salud en Colombia, b) Impacto del modelo neoliberal en la reforma de salud, c) Avances en el SGSSS, y d) Problemáticas en el SGSSS, se puede afirmar que varios de estos corresponden a lo esperado, en tanto que otros, dado el natural desenvolvimiento de una investigación, condujeron a hallazgos no previstos.

En cuanto a las influencias externas e internas en la reforma de la salud en Colombia, persiste en diferentes ámbitos de la academia el enfoque nacionalista que suele soslayar el papel preponderante de actores externos. Esto es que el sistema nacional es considerado *per se* como un todo desconociendo la indudable relación con el sistema mundo, situación que se aleja de las consideraciones pertinentes en medio de un innegable proceso de globalización. Es así que se indagó por la influencia de actores transnacionales, encontrando el papel preponderante del FMI, el Banco Mundial y la OPS en la reforma a la salud de 1993.

En relación al impacto del modelo neoliberal en la reforma de salud, se esperó ratificar que las fallas del SGSSS obedecían a los contenidos de este modelo; sin embargo, se descubrió que el modelo considerado teóricamente es sólido, y que sus fallas se presentan específicamente cuando se aplican en un sistema específico.

En materia de avances y problemáticas en el SGSSS los resultados se presentaron conforme a los esperados en razón de los múltiples estudios previos hechos, con algunas excepciones debidas a la amplitud de los periodos analizados.

Al comparar los hallazgos de la presente investigación con otros estudios se encuentran similitudes primordialmente en materia de análisis de datos estadísticos por razones evidentes relacionadas con la igualdad o correspondencia de los datos disponibles, así como de algunos lapsos indocumentados. En cuanto a las diferencias, estas se presentan especialmente en la inserción del cuestionamiento de la influencia de actores transnacionales y la revisión y vinculación del enfoque neoliberal en la reforma de salud del

93 contrastado con datos cualitativos primordialmente y en segunda medida datos cualitativos.

En el desarrollo de la presente investigación, especialmente en materia de revisión del estado del arte, se realizó un hallazgo importante, relacionado con la utilización de las entidades del Estado al referirse a cubrimiento en salud. Este término reúne dos aspectos que no deben mezclarse sino analizarse por separado, referidos a la afiliación que supone numéricamente un aspecto de la cobertura formal, y el acceso a la salud que contiene diversos niveles o etapa, como lo son la primera consulta, la remisión a especialista, tratamientos, etc., y que refiere al cubrimiento real.

Como novedad se propuso un modelo para determinar el grado de eficacia de la cobertura en salud, encontrando que el análisis por periodos anuales, bianuales e incluso quinquenales, manifestaba un preocupante porcentaje de logro de objetivos, en oposición a visiones positivistas donde los éxitos de determinados periodos son extendidos equívocamente a periodos más amplios.

El hecho que algunos hallazgos señalados coincidieran con lo esperado en la investigación se desprende de diversas razones. En primer lugar el tema en cuestión relacionado con la evolución de las políticas en salud, ha sido trabajado por múltiples autores cuyos estudios parten de evidencias aportadas por indicadores de salud provistos por entidades internacionales y a veces nacionales ya sea públicas o privadas que han tendido a coincidir en la mayoría de los casos o a diferenciarse en cantidades mínimas que no son capaces de alterar los análisis de datos. En segundo lugar, porque al emplear dentro de su metodología la síntesis narrativa los hallazgos generales tienden a armonizar con las fuentes y la literatura revisadas.

Las coincidencias con el documento “Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia” (Yepes, Francisco/ Ramírez, Manuel/ Sánchez, Luz Helena/ Ramírez, Martha Lucia/ Jaramillo Iván. 2010: 63), en el cual se afirma que la situación del SGSSS es preocupante, toda vez que a pesar de unos cuantos logros concretos, subsisten problemas

centrales que arrojan dudas sobre la eficiencia de los gastos hechos en salud, obedece a la irrefutabilidad de la evidencia que no admite un exceso de credibilidad en interpretaciones bondadosas; en esta medida textos como el de Santamaría y García, que evaluaron el impacto de la implementación del nuevo SGSSS después de una década de reforma, coinciden con diversos autores al sostener que la introducción de la reforma ha reportado aspectos tanto positivos como negativos. Entre los positivos destaca la reducción en el impacto de choques exógenos de salud sobre la población más pobre; no obstante, los beneficios se restringen a la población muy pobre y a las zonas urbanas, manteniéndose ausencia en el aumento de calidad de los servicios ofrecidos y desigualdad por niveles de ingreso. Ugalde y Homedes arguyen que luego de la puesta en marcha de las reformas neoliberales en América latina, los sistemas de salud no se han hecho equitativos, ni eficientes, ni de mejor calidad que antes de las reformas. Afirman además, que se hubieran obtenido mejores resultados si en lugar de imponer estrategias ligadas a una agenda ideológica, pero faltas de evidencia, los promotores de las reformas se hubieran preocupado por evaluar y fortalecer algunas de las iniciativas generadas por los propios países. Ugalde y Homedes (2005: 202). Groote, Paepe y Unger consideraron las consecuencias del neoliberalismo, analizando el caso de Colombia como prueba *in vivo* de la privatización del sector salud en países en desarrollo. En este trabajo se considera que el modelo aplicado era teóricamente sólido aún cuando complicado; sin embargo, los objetivos propuestos como la cobertura universal y el acceso equitativo a atención de alta calidad no se lograron, manifestando mayor dificultad el acceso a la atención médica, así como la desmejora de indicadores de salud y programas de control de enfermedades. Consecuencias atribuidas a la ineficiencia de la subcontratación con terceros, la débil capacidad económica, técnica y política del gobierno colombiano para regular y controlar, y la ausencia de participación real de los pobres en la toma de decisiones sobre políticas de salud. Groote, Paepe y Unger (2007:106-115).

Como se constata en estos autores así como en la mayor porción de la población dedicada a la investigación de estos temas, coincide la visión que la reforma en salud no alcanzó los resultados esperados, involucrando un mayor número de gastos con resultados incipientes a largo plazo, que han motivado la creación de más de 12 leyes y decretos que han buscado

subsancar las fallas que ha presentado el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS¹³

Al completar la presente investigación cabe recalcar la importancia del análisis de avances, retrocesos o estancamientos en los objetivos que se proponen con la implantación de cada ley en materia de salud a partir de la reforma del 93 por de periodos anuales o bianuales, que permitan estudiar con detalle los comportamientos de eficacia, eficiencia y efectividad de dichas políticas públicas, aporte valioso del cual se puede seguir el análisis de comportamientos por periodos de gobierno.

¹³ Constitución Política de Colombia de 1991 Artículo 49: Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad; establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control; establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Ley 60 de 1990: A partir de esta, el 25% de las transferencias de los ingresos corrientes de la nación se destinan a la salud en el nivel municipal.

Ley 100 de 1993: Plantea la competencia regulada entre aseguradores y prestadores e implementa el incremento de los aportes fiscales y las contribuciones individuales de los trabajadores y patronos.

Ley 223 de 1995: destina el 30% de la tarifa general del impuesto sobre las ventas al sector salud, y un 3% para atención de niños de escasos recursos.

Ley 715 de 2001: dicta normas de distribución de recursos y organización de la prestación de los servicios de salud.

Ley 776 de 2002: dicta normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales.

Ley 789 de 2002: Define la facultad del Gobierno Nacional para diseñar un régimen de estímulos para los trabajadores independientes que promueva su afiliación al SGSSS.

Ley 828 de 2003: expide normas para el Control a la Evasión del SGSS.

Ley 1122 de 2007: realiza ajustes al SGSSS. Crea la Comisión de Regulación en salud (CRES). Hace reformas en la racionalización y regulación de prestación de servicios, administración del riesgo financiero, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, de las funciones de inspección, vigilancia, control, organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Ley 1393 de 2010: define algunos recursos tributarios destinados a la salud

Decreto 129 de 2010: Se declara el Estado de Emergencia Social y se adoptan medidas en materia de control a la evasión y elusión de cotizaciones y aportes al sistema de la protección social.

Ley 1438 de 2011: busca establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, universalidad del aseguramiento y garantía de portabilidad, en un marco de sostenibilidad financiera. Aborda las temáticas de descentralización administrativa, distribución de los recursos, financiación, adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero, y crédito para el mejoramiento del sistema.

Ley 1450 de 2011: define las prestaciones de servicio no financiadas por el SGSSS. Prescribe la cofinanciación del régimen subsidiado, así como la discrecionalidad de gobierno para definir mecanismos de recaudo y giro de los aportes al SGSSS.

Considerando que uno de los factores de alto impacto en el ejercicio de las políticas son las instituciones donde las políticas públicas serán exitosas si las instituciones funcionan, y viceversa, sería pertinente realizar investigaciones sobre las relaciones y estructura de las organizaciones-desempeño, organizaciones-políticas públicas.

6. CONCLUSIONES

La ola de corrupción, el alto índice de tutelas, la baja calidad en el servicio de salud, y el alto número de denuncias de los medios de comunicación, han dado origen a un sinnúmero de reclamos y críticas de intelectuales, investigadores, funcionarios del sector salud, así como de políticos en campaña electoral y fuera de esta.

Un importante sector, especialmente el sindical de la salud, ha tendido a señalar que las fallas en el SGSSS, tienen su origen en la reforma a la salud presentada con la aplicación de la ley 100 en el año de 1993, indicando además que sus principales dificultades estriban en la aplicación de políticas neoliberales. En este sentido la presente investigación encontró en primer lugar que si bien el enfoque neoliberal jugó en la reforma un papel decisivo, no fue el único participante, sino que participaron además los enfoques bismarckianos y descentralizadores; en segundo lugar, que la estructura del enfoque neoliberal es sólida y coherente en términos de su fundamento teórico, pero es susceptible de presentar fallas cuando se considera el contexto específico de su plano de aplicación, esto lleva a considerar que si bien las medidas de políticas públicas neoliberales aplicadas a la salud a partir de la reforma de 1993 en Colombia no han reportado los resultados esperados en materia de servicios de salud en la medida en que no han logrado sus objetivos de universalidad, oportunidad y eficiencia, esta situación no obedece estrictamente a las características del modelo aplicado sino que se relaciona en gran medida con las peculiaridades del sistema social en que fue aplicado. Dentro de las peculiaridades del sistema cabe considerar la tendencia generalizada a la corrupción de los funcionarios del país, la baja cultura política de la población que incide en los contenidos de sus demandas, en la baja formulación de las mismas, y su falta de coordinación, aspectos que sumados podrían consolidar los inputs suficientes dirigidos al sistema estatal para que este emita los outputs necesarios y realice las adaptaciones propias que impliquen el mínimo índice de gobernabilidad y en consecuencia su permanencia.

En tercer lugar, se observa que la reforma del 93 ha implicado una serie de resultados positivos como los son el aumento del gasto para la salud entre 1988 y 2000, el aumento sustancial del gasto privado, el aumento en la cobertura del aseguramiento total

contributivo y subsidiado, la disminución del gasto de bolsillo, una mejor focalización de los subsidios, la mejora en la equidad del aseguramiento, el mayor acceso a los servicios de salud por la población asegurada, y el aumento en la consulta de sano (por prevención y promoción) entre 1993 y 1997. No obstante, se presentan diversas fallas en las que cabe contar la existencia de un gran porcentaje de la población que no se encuentra asegurada, la persistencia de dudas sobre la eficiencia de los gastos hechos en salud, el hecho que los beneficios se restrinjan principalmente a la población muy pobre y a las zonas urbanas, las dificultades de acceso a la atención médica, así como la desmejora de indicadores de salud y programas de control de enfermedades, la ineficiencia de la subcontratación con terceros, la débil capacidad económica, técnica y política del gobierno para regular y controlar, y la ausencia de participación real de los pobres en la toma de decisiones sobre políticas de salud, la falta de aumento de calidad de los servicios ofrecidos y la desigualdad por niveles de ingreso.

7. BIBLIOGRAFIA Y WEBGRAFÍA

Aguilar Villanueva, Luis. “Estudio Introductorio“, en Aguilar Villanueva: “La Hechura de las Políticas Públicas”, 2ª ed., Miguel Ángel Porrúa, México (1996).

Castillo Hector William/ Castro Andrés / Díaz Nelson/ Gómez Claudia / Sonia Gómez. “La proyección en el sector salud en Colombia” Revista-Escuela de Administración de Negocios, mayo-agosto, número 057. Escuela de Administración de Negocios Institución Universitaria. Bogotá 2006

Casilda Béjar, Ramón; Boletín Económico de ICE n°2803 2004

DE GROOTE, Tony, DE PAEPE, Pierre y UNGER, Jean-Pierre. Las consecuencias del neoliberalismo Colombia: prueba in vivo de la privatización del sector salud en países en desarrollo. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, ene./jun. 2007, vol.25, no.1, p.106-117.

Gómez Méndez, María Paula. “La eficacia de los marcos jurídicos de la extensión de la protección social del derecho a la salud. El caso de Colombia” . Memorias del XI Curso-Taller OPS/OMS-CIESS "Legislación de Salud: Marco Regulatorio para la Extensión de la Protección Social en Salud". México 2004.

Jessop, Bob, “Crisis del Estado de Bienestar”, Siglo del Hombre Editores, Bogotá, 1999.

Martínez Martín, Félix León. “Implicaciones de las decisiones sobre el financiamiento de la salud” Salud Colombia Revista. Bogotá 2008

Lozano, Alejandro. “Aspectos sobre política pública ejercicios e instrumentos para el análisis” Contenido en “Aspectos sobre política pública: ejercicios e instrumentos para el análisis”. Universidad Nacional de Colombia. 2008

Mayntz, Renate. "Sociología de la administración pública". Alianza. Madrid. España. 1985.

Meza Carvajalino, “Crecimiento económico, empleo formal y acceso al servicio de salud: algunas escenarios de corto y largo plazo de la cobertura en salud para Colombia”; Documento 288, Departamento Nacional de Planeación, 29 de julio de 2005.

Molina Marín, Gloria/ Cabrera Arana, Gustavo. “Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis” Grupo de investigación en gestión y políticas en salud, Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” Universidad de Antioquia. Medellín 2008.

Morales Sánchez, Luis Gonzalo. “El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia”. Proyecto CEPAL/GTZ. “Reformas financieras al sector salud en América Latina y el Caribe” Unidad de financiamiento, D.C.I.T.F. Santiago de Chile, 1997.

Orozco Africano, JM (2005) Por qué reformar la reforma. Grupo de Economía de la Salud, Universidad de Málaga, España.

Orozco Africano, JM (2006) “Caracterización del mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia” Grupo de Economía de la Salud. Cartagena 2006.

Parsons W. “Public Policy” Aldershot: Eduar Elgar; 1995

Peláez Franco. “Apuntes en torno al neoliberalismo, la ética y el derecho a la salud. Universidad de Caldas. Revista Hacia la Promoción de la salud. No 7, 2002

Rodríguez Tejada, Claudia Milena. “Derecho a la atención en salud” Capítulo 2, “Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis” Grupo de investigación en gestión y políticas en salud, Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” Universidad de Antioquia. Medellín 2008.

Román Reyes (Dir): *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Terminología Científico-Social*, Ed. Plaza y Valdés, Madrid-México 2009

Salazar Rodríguez, Óscar. “¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos del régimen subsidiado”. Universidad nacional de Colombia UNIBIBLOS. Bogotá 2002

Torres M. “Derecho a la salud”. La Salud al derecho. Universidad de Antioquia. Medellín 2004.

Ugalde, Antonio / Homedes, Nuria. “Neoliberal Health Sector Reforms in Latin America: Unprepared Managers and Unhappy Workers”. Revista Panamericana de Salud Pública, vol.17 no.3 Washington 2005

Yepes, Francisco/ Ramírez, Manuel/ Sánchez, Luz Helena/ Ramírez, Martha Lucia/ Jaramillo Iván. “Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia- ley 100 de 1993”. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo. Assalud en coedición con la Universidad del Rosario, Facultad de Economía y Mayol Ediciones S.A. Bogotá 2010.

Yepes A. Fundamentos Jurídicos y Pactos Internacionales frente a los derechos sociales. Pensamiento en Salud pública: el Derecho a la Salud. Universidad de Antioquia. Medellín 2001.

WEBGRAFÍA

Hoyos, Jorge Esteban. Descentralización de la salud pública Cubrimiento o Financiación. Extraído de: <http://www.seminariopublica.info/maindata/seminario/200824-181310/imagesdirs/22.pdf>

Mora, Fernando Guzmán. “Neoliberalismo y salud en Colombia”. Extraído de: <http://www.encolombia.com/heraldomed22-22700neoliberalismo.htm>

Munevar, Daniel. “Deuda Pública, Políticas de Seguridad y Neoliberalismo en Colombia 1991 – 2006”. Observatorio Internacional de la Deuda. 2008 . Extraído de: http://www.oid-ido.org/imprimer.php3?id_article=576

Santa María, Mauricio/ García, Fabián. “El Sector Salud En Colombia: Impacto Del SGSSS Después De Más De Una Década De Reforma” Fedesarrollo 2008 extraído de:
http://www.google.com.co/search?hl=es&rlz=1t4adfa_esco423+e