

# FORO LA SALUD EN EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2002-2006 *HACIA UN ESTADO COMUNITARIO*

---

## **Motivaciones económicas de las políticas de salud en el Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006**

*Carlos Alberto Medina Durango*

---

### ***Comentarios***

---

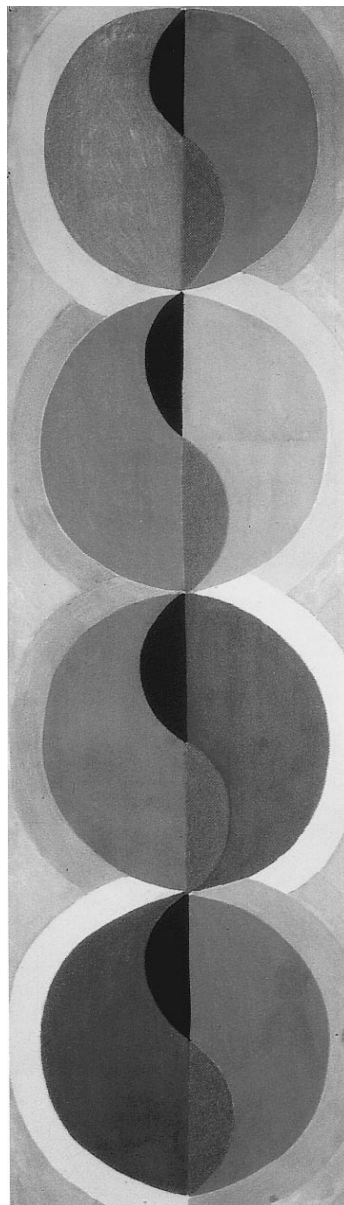
## **Vacíos del Plan Nacional de Desarrollo**

*Juan Carlos Giraldo Valencia*

---

## **Las limitaciones del Plan en el actual contexto social y económico del país**

*Román Vega Romero*



# Motivaciones económicas

## DE LAS POLÍTICAS DE SALUD EN EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2002-2006\*

Carlos Alberto Medina Durango

### Presentación

Estoy muy complacido de poder compartir con este auditorio de expertos en el tema, la agenda de salud del gobierno. Creo que éste es un espacio muy apropiado para acoger una retroalimentación que sea útil, tanto para nosotros como para los estudiantes en la academia.

En esta presentación vamos a enfocarnos básicamente en el tema de la salud, pero también a hacer una reseña de la concepción general de lo que es el Plan de Desarrollo.

Sobre el Plan de Desarrollo *Hacia un Estado comunitario* vamos a mirar tres aspectos: qué es lo que se entiende por Estado comunitario, qué es la esencia que recoge ese concepto; los principios generales del Plan y sus objetivos.

### 1. El Estado comunitario

Un Estado comunitario es un Estado participativo que involucra a la ciudadanía. Esto, en teoría, no es nuevo. Pero  $\frac{3}{4}$  cada vez más  $\frac{3}{4}$  el gobierno ha brindado los medios para que se haga realidad.

Así por ejemplo, el Consejo Nacional de Planeación, al cual le corresponde revisar el Plan, sienta un precedente con comentarios

\* Conferencia central en el Foro sobre la salud en el Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006, realizado el 29 de mayo, en el Auditorio Luis Calos Galán de la Universidad Javeriana.

que son analizados y, en buena parte, incorporados en el Plan por parte del Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el gobierno. Hay diferentes instancias en las cuales el ciudadano puede tener opinión y voto, mientras el Plan hace curso en el Congreso. De manera que la participación está en la esencia del Plan, y no solamente en su trámite, también en su contenido.

El Plan contiene elementos como el Sisben, una herramienta de focalización en la que ya se está previendo la importancia de incorporar la participación ciudadana con el fin de que este instrumento guarde las características para las que fue diseñado originalmente. Hoy, el Sisben es un instrumento muy político y nos hemos dado cuenta de que la veeduría ciudadana puede jugar un papel muy importante. Ese es uno de los espacios específicos en los que se va a tener en cuenta la participación.

El Estado comunitario es un Estado gerencial que invierte con eficiencia y austeridad los recursos públicos. Esto va muy de la mano con la agenda de reestructuración de las entidades y del gobierno en general: es la reingeniería del Estado, donde se trata de mirar qué entidades tienen sentido desde el punto de vista funcional y conceptual, o desde el punto de vista netamente administrativo, eliminando las funciones paralelas.

Es un Estado descentralizado que privilegia la autonomía regional con transparencia. Se



basa en la responsabilidad política y la participación comunitaria, es decir, es un Estado consciente de la importancia de seguir adelante con la agenda de descentralización que viene desde hace muchos años y que se profundizó a principios de los noventa. Este es un proceso que no tiene reversa y que hay que fortalecer, creando los medios para que efectivamente funcione.

Cuando sea necesario, se promoverá la libre competencia, con participación del Estado, en temas como generación de empleo, impulso al micro crédito, protección social, etcétera. El Estado es consciente que se deben dar garantías para que los agentes del mercado tengan reglas claras de participación que promuevan la eficiencia. También, que debe haber una concepción clara sobre dónde es crucial la participación del Estado y dónde no, y de qué forma: si mediante las instituciones existentes o a través de la creación de un marco institucional para que el sector privado desempeñe las funciones estatales en áreas específicas. El Plan tiene muy claro en qué sectores debe el Estado tener una participación explícita y en cuáles no.

## **2. Principios generales del Plan de Desarrollo**

### **2.1 Consistencia macroeconómica**

El primer principio es la consistencia macroeconómica. La pregunta que inicialmente siempre se plantea es si hay recursos para financiar las metas del Plan, en medio del déficit de cuenta corriente, o en relación con la tasa de cambio. Esto, definitivamente, es algo que está en la ruta crítica del diseño del Plan de Desarrollo: la coherencia. Es esencial tener claro de dónde salen los recursos para financiar todas las metas que se tienen planteadas.

### **2.2 Inversión pública concentrada en proyectos de alto impacto**

Para todos ustedes es bien sabido que los recursos están más escasos que de costumbre, y este Estado es muy consciente de ello. Hay que canalizar los recursos hacia los proyectos de más alto impacto.

### **2.3 Impulso a la inversión privada en sectores estratégicos**

Este es el caso específico de muchos sectores pero, definitivamente, el tema de infraestructura es crucial. No se trata simplemente de abrir licitaciones, sino también de dar garantías. Por ejemplo, en la construcción de carreteras, las garantías tienen que ver con la seguridad. Es difícil encontrar un concesionario dispuesto a involucrarse en un proyecto donde no está presente esta garantía.

### **2.4 Énfasis en la eficiencia del gasto social**

Con herramientas como el Sisben, sí es muy importante que el gasto social llegue a las personas más necesitadas. La desviación de esos recursos, que son por cierto bastante escasos, traumatiza la posibilidad de tener cobertura en la población que realmente la necesita. No es solamente cuestión de focalización, sino también de eficiencia en la provisión del recurso. Aquí entra el tema de los hospitales, que más adelante vamos a tener que discutir, seguramente, muy en detalle.

### **2.5 Articulación de las fuentes de financiamiento**

Esto es algo que tampoco es nuevo. Hay muchos temas que son comunes a varias entidades, entonces la concurrencia de las fuentes de recursos y de los intereses pue-

den posibilitar unos ahorros importantes y una coordinación más eficiente de la agenda para el cumplimiento de los objetivos del Plan.

### **2.6 Regionalización de la inversión**

Este es un principio relacionado con la aceptación y el fortalecimiento de todo el proceso de descentralización. Aquí no solamente se tiene claro el aspecto de la equidad individual sino también territorial en las regiones.

## **3. Objetivos del Plan**

Brindar seguridad democrática, impulsar el crecimiento económico sostenible y la generación de empleo. Construir equidad social, aumentar la transparencia y eficiencia del Estado.

Sí es importante que podamos, ahora sí, desplazarlos por las vías y tener más seguridad; pero también que se tenga un empleo, y posibilidades de desarrollo personal y profesional. Esto tiene que estar en la agenda y, para ello, impulsar el desarrollo económico es una condición necesaria para generar empleo y construir equidad social, es decir, que se llegue de una manera más o menos equitativa a toda la población.

No estamos hablando de crecimiento para los ricos y de empleo para los ricos, sino de cerrar esa brecha de acceso a las posibilidades, con una conciencia clara para tratar de prevenir la exclusión de las oportunidades, de que éstas se den de una forma definitivamente mucho más equitativa que hasta ahora.

Al proponernos incrementar la transparencia y eficiencia del Estado, nos referimos a reestructuración y anticorrupción. El decreto 2170 complementa e impone unas reglas todavía más estrictas a la ley 80.

## **4. Construir equidad social**

### **4.1 Necesidad del Estado en los temas sociales**

Ahora quiero que miremos por qué es necesario que el Estado esté presente explícitamente en la agenda social del gobierno.

Si dejamos que una economía actúe de forma totalmente descentralizada, es decir, que cada uno actúe en su propio interés, no se llegará necesariamente a lo óptimo, sino se logra cuando alguien articula y permite que se internalicen varias externalidades que ameritan la acción del Estado.

Estas externalidades son fallas del mercado: lo que ocurre con los bienes públicos, por ejemplo; el caso más particular son los niños desprotegidos, pero en salud y educación también se presentan estas fallas. En el caso de la educación, el retorno privado es muy inferior al social. Si el Estado no existe, simplemente lo que ocurrirá es que las personas se educan menos de lo que sería socialmente óptimo, de tal manera que, ante una demanda subóptima, se requiere de una forma de subsidio a la educación.

Hay también otros temas, como el de las restricciones de liquidez. Muchas personas ven que si hacen una carrera podrían obtener unos recursos suficientes para pagar un crédito, pero no tienen quién les haga un préstamo. Entonces, hay varios aspectos: el uso exterior de liquidez, el del beneficio privado del sector social y el de las externalidades.

El área de la salud pública no es la excepción, sobre todo en cuanto a las epidemias y la dispersión de enfermedades contagiosas. Definitivamente, el Estado desempeña un papel crucial en las campañas de vacunación y prevención. Es difícil que alguien concluya, por ejemplo, que su costo propio



amerita adelantar una campaña publicitaria en televisión a favor del uso del condón, porque ese individuo considera que lo afecta un peligro potencial que libra los altos costos de una campaña así. Difícil que a alguien le resulte rentable pagarla del propio bolsillo: es algo que tiene que hacerse en forma coordinada y, en efecto, es el Estado el llamado a poner en marcha este tipo de políticas.

En lo privado se da algo parecido. Los objetivos privados son inferiores a los sociales. En el tema de salud, hay una etapa de prevención en la cual el Estado debe tener una intervención importante, con grandes ahorros de costos. Esa acción se refleja cuando hay un gobierno que le facilita, de alguna manera, la prevención a la ciudadanía.

#### 4.2 Acción colectiva

En el caso de la generación de empleo es muy clara la importancia de la acción colectiva. El ejemplo típico es una economía que solamente conste de un sector muy rudimentario: es probable, en este caso, que a una industria no le resulte rentable desviarse de ese sector para trasladarse a un sector industrializado. Esto porque, como todo el mundo está en el sector rudimentario, probablemente no tenga ni el dinero ni la demanda suficientes para generar como tampoco para consumir los productos de una industria tecnificada. Pero si muchos industriales se mueven de manera simultánea hacia la industrialización, van a generar los salarios necesarios y, posteriormente, la demanda para que ese equilibrio sea sostenible.

Entonces, buena parte de lo que el Ministerio de Protección Social ha tratado de adelantar es garantizar la participación de los industriales en la economía. Que se

metan la mano al bolsillo, que generen empleo. Varios economistas han atribuido esto a la necesidad de filantropía del sector privado. Obviamente que ésta es una motivación que tiene sentido pero, tras el altruismo, subyace también una falla en la coordinación. Si los industriales no empiezan a invertir masivamente, es difícil que uno sólo lo haga. Este es el típico caso que amerita la intervención del Estado: un Estado que les diga a los empresarios qué movimientos hacer, que les dé garantías para la inversión inicial, que diseñe una serie de políticas dirigidas a facilitar y hacer más rentable ese movimiento. Un ejemplo de lo que se ha hecho en este campo es la reforma laboral.

#### 4.3 Ampliación y mejoramiento de la protección en salud

En cuanto al tema de salud ¿cuál es el objetivo? Como en todos estos temas sociales son, muy en general, procurar una mejor calidad en la prestación del servicio y una mayor cobertura. Siempre estamos hablando de que el gobierno cubrió a más personas en el régimen subsidiado y se debate si esa ampliación de la cobertura se ha visto acompañada de un deterioro de la calidad o no. En todos los sectores se da, básicamente, el mismo problema.

#### 4.4 Calidad, uno de los objetivos

Por la manera como está establecido el sistema, alguien que tiene empleo y está afiliado al régimen contributivo o al subsidiado sabe que le expropian 4% para salud como individuo, más el aporte del patrono. Esto, esencialmente, le da derecho a cualquier empresa promotora de salud (EPS) en el contributivo y a administradoras del régimen subsidiado (ARS) en el subsidiado. Entonces, hay la posibilidad de hacer una libre elec-

ción, lo que facilita que cada individuo afiliado haga un arbitraje en el mercado. Ya que el costo es el mismo, no queda sino un arbitraje de calidad. Hay unos costos marginales, que de una entidad a otra podrían tener alguna incidencia. Pero, en general, el individuo tiene acceso a cualquiera de estas entidades. Si alguna es muy mala, nadie la elige y sale del mercado. Entonces, dentro del diseño están implícitos la calidad y el arbitraje del consumidor.

#### 4.5 Cobertura con equidad, otro objetivo

Existen dos tipos de subsidios. Unos son aquellos determinados por la tasa de tributación a la salud: los que ganan diez millones de pesos contribuyen con 4%, el empleador con 8%. Y esa es la misma tasa para los que ganan el salario mínimo teniendo, los dos, acceso al mismo servicio. Hay un subsidio cruzado dentro del contributivo.

Además hay quienes tienen acceso a un servicio contributivo que tiene una canasta con ciertas características buenas para ellos. Hay otros que tienen una canasta con calificaciones un poquito menores, pero que brinda las condiciones mínimas de salud para la cual ellos no contribuyen, pues lo hacen los primeros. Entonces, en el régimen subsidiado también hay un subsidio cruzado.

Esto ha sido crucial para la extensión de la cobertura, que pasó de cerca del 15% en los noventa a más del 40%, como vamos a ver más adelante. Los subsidios a los hospitales públicos existen tanto en el orden nacional como en el de los entes territoriales. Así, también desde el punto de vista de la oferta hay unos subsidios que permiten que la cobertura tenga unos niveles mínimos y que se pueda hacer una programación de expansión de la misma.

## 5. Diagnóstico

Es muy difícil tener, tal como estamos ahora, un diagnóstico exhaustivo y con respecto a todos los temas. Vamos a ver algunos puntos esenciales que se tienen en cuenta para el diseño de la política del Plan de Desarrollo.

Como les decía, lo principal fue el aumento de la cobertura de aseguramiento. Hubo un incremento de la expansión de casi 9 a 22 millones de afiliados entre 1992 y 1997. Esto es algo sumamente notable en un período muy corto, cinco años, media década: se triplicó, casi en dos veces y media, el número de afiliados. Es un logro que de tenerse en cuenta en muchas de las estadísticas con base en las cuales son más criticados el sector público y el gobierno en general, probablemente las críticas tendrían que dar, en buena parte, un reconocimiento importante.

Porque unos trece millones de personas adicionales tienen ahora una gran cantidad de ingresos en especie, vía salud. Por el ingreso cuantitativo del desembolso directo que ha requerido llenar las bolsas con las cuales se hace ese cubrimiento, pero también por los otros costos indirectos que eso tiene, además, en términos de oportunidad y de realización personal, etc., para el tema de la salud, ello cuantificado en dinero, sería una redistribución del ingreso sumamente alta. De tenerse en cuenta en las estadísticas de pobreza y desigualdad, mejoraría sustancialmente los indicadores.

Cuando se mira solamente el ingreso, se dejan de lado todos estos logros que se han tenido en los últimos años. Pero si se tuviera en cuenta lo que es el subsidio adicional, la incidencia de éste en todas estas personas que se cuentan como pobres, como los que están por debajo de la línea como los más pobres, en un análisis de desigualdad



en la redistribución del ingreso, se tendría una historia muy distinta.

Porque la cobertura en salud hace parte del ingreso permanente de las personas. No es como el ingreso salarial, que es sumamente volátil. Quien tiene cobertura en salud es alguien a quien a ahora se le está diciendo: *usted no lo tiene, pero se lo está dando el Estado*. Entonces, esto mejora sustancialmente el ingreso de estas personas.

En 1992 la probabilidad de estar afiliado al régimen subsidiado era de uno por cada 20, y ahora es de uno por cada 2,5. El logro es muy grande y significa un incremento en el ingreso, por la vía de la equidad. Solo el hecho de disponer del servicio hace que la persona lo busque más, y ello propicia una cobertura cada vez más amplia.

Pero el sistema tiene, como todos, limitaciones. Entre 1998 y 2000, el cubrimiento de la cobertura disminuyó su dinamismo debido al descenso del número de afiliados cotizantes, efecto de la crisis económica, la evasión y la elusión de aportes, entre otros factores. Es un sistema completamente atado a los ingresos salariales por nómina y, obviamente, eso quiere decir que es un régimen que depende sustancial y sensiblemente del ciclo económico. Ante una recesión, hay más desempleo, se salen personas del sistema, hay menos recaudo y, si hay menos recaudo, es difícil mantener la cobertura. De tal manera que, ante la coyuntura registrada en el decenio pasado, era de esperar que sería difícil mantener los niveles de cobertura.

¿Qué otras cosas se han logrado? La cobertura en la desigualdad del acceso. El 40% más pobre en 1993 representaba 64% de la población no atendida, mientras en 2000 no superaba 50%. También se registró una disminución del gasto promedio en salud: los pagos de bolsillo de los hogares en consul-

tas, drogas y exámenes bajaron en 34% entre 1993 y 2000. Es otra forma de cuantificar el costo directo y el ingreso disponible. A este último habría que sumar el porcentaje en el cual disminuyeron los gastos de consulta.

La proporción de nacimientos que recibió atención médica prenatal presenta un aumento del 82 en 1990 al 91% en 2000. Disminuyó la mortalidad materna de 81 a 68 muertes por 100 mil nacimientos entre 1995 y 1999. La mortalidad infantil fue reducida de 26 muertes por 100 mil nacimientos en el periodo 1985-1990 a 21 en el periodo 1995-2000. Hay que agregar que, en tasas tan bajas, es difícil obtener logros muy drásticos. Los logros son moderados, pero se registra un avance en estos indicadores.

Ha habido una disminución en las coberturas de vacunación. Esto se debe a una falta de claridad en las competencias de los diferentes agentes del sistema. Como la salud pública está dentro del paquete con el cual está asegurada la población, digamos que éste es uno de los lunares que hay: ha faltado que el Estado reglamente las condiciones mínimas de provisión de los servicios que tienen que ver con la prevención en el tema de salud pública por parte de los agentes. Ellos se están sintiendo libres, hasta cierto punto, lo que ha relajado su participación en salud pública. Este es un tema en el que se debe trabajar para mejorar, con el fin de que esta cobertura no se deteriore o colapse.

En otros indicadores, el nivel de cobertura prenatal se incrementó, en la zona urbana, del 88 al 94%, y en la rural del 71 al 84%. Con base en la encuesta nacional de demografía y salud de 2000 se encuentran signos de que la violencia contra niños y niñas ha disminuido. El 23% de los embarazos presentados entre 1995 y 2000 fueron reportados como «no deseados»: todavía hay mucho por mejorar.

Los índices de desnutrición en niños menores de 5 años siguen con tendencia a la baja. Aunque la desnutrición aguda se redujo al 43%, todavía persisten niveles de desnutrición crónica en menores de 5 años que alcanzan niveles del 14%. Son frentes en los cuales es muy importante seguir adelante, no bajar la guardia, tratar de fortalecer la política para obtener logros.

El aspecto del sistema de información existente es un lunar muy grande. Hay muchas preguntas sobre las que no hay datos para hacer los estudios. Aquí no tenemos información, hay que hacerla. El organismo a cargo de ello no la está haciendo porque no tiene presupuesto. Entonces, es un círculo vicioso, que desafortunadamente ha generado que todavía haya grandes carencias de información, lo cual limita mucho las posibilidades y el diseño de una política efectiva.

Existen limitaciones para la gestión pública en el ámbito territorial. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) tiene un perfil urbano en la prestación de los servicios. La focalización de la población beneficiaria de los programas del ICBF presenta serios problemas. Es decir, todavía hay en términos de focalización y de algunos aspectos institucionales mucho espacio para avanzar.

## 6. Retos

Los retos son éstos: ampliar el mejoramiento de la protección en salud y disminuir las deficiencias en la operación.

Ya mencionábamos lo relacionado con la provisión de la salud pública. Los principales problemas del régimen contributivo tienen que ver con los altos niveles de evasión y elusión, cercanos al 36%. Hay algunos cálculos que permiten prever que esta tasa de

evasión se puede reducir a la mitad, y ésta es una de las metas en las que se quiere trabajar para obtener logros en materia de cobertura.

Los hospitales públicos vienen acumulando grandes pasivos, como consecuencia de problemas internos de organización y gestión. Esta es una historia de nunca acabar y, aunque el gobierno tiene una agenda de mejoramiento de la red de hospitales públicos, ha sido un sector difícil de transformar desde hace mucho tiempo. Es probable que este gobierno tampoco esté en condiciones de decir, al final, que los hospitales serán en adelante sumamente rentables; pero sí se tiene una política que permitirá una mejora importante en materia de eficiencia y en la disminución del déficit de los hospitales públicos.

Otro reto es pasar de subsidiar la oferta a subsidiar la demanda. Como todo, esto tiene aspectos positivos y negativos. Una de las ventajas del subsidio a la oferta consiste en que es útil en la provisión de servicios allí donde el mercado no existe. Tal como funciona actualmente el sistema, muchos hospitales terminarían cerrando de la noche a la mañana, si el gobierno estuviera totalmente atado a la *mano invisible* del mercado. En aquellos lugares donde hoy están esos hospitales, si éstos no existieran, no habría oferta. Esto supone una ventaja importante que implica auto focalización: básicamente esos hospitales auto seleccionan a los beneficiarios, que es lo que garantiza su razón de ser.

Los puntos de desventaja del subsidio a la oferta aparecen al asociar estos hospitales con el concepto de la productividad. El hospital tiene una nómina que sostener y cada año solicita un presupuesto, que no se puede hacer depender del número de personas que atiende. La calidad del servicio tampoco es objeto de discusión. Es una gran des-





ventaja, sobre todo en una coyuntura en la cual los recursos son muy escasos y hay grandes problemas fiscales.

Los costos fijos recurrentes no incentivan para ajustar los costos a la demanda, a promover la capacitación, a conquistar la capacidad de generar ingresos.

Este tipo de subsidio tampoco garantiza el acceso a los servicios y limitan las opciones del consumidor. Pero si a un hospital se le da, por cada persona que atiende, lo mismo que se le daría al individuo, la persona podría decidir si acude a ese hospital o a otro. En manos de cada persona quedaría el arbitraje. En cambio, si se le da el dinero al hospital, entonces la persona está obligada a ir a ese hospital y se truncan así definitivamente las posibilidades de selección de la persona que demandará el servicio.

Es el mismo problema detrás de las ineficiencias y las inequidades por captura. Los pacientes quedan abocados a acudir a la única oferta que hay.

Por el contrario, si se subsidia la demanda, ya sea en monetario o en especie, se entregan a la persona, al demandante directo, el dinero o los medios que equivalen al valor monetario en especie. La entrega del subsidio está en relación con la demanda de bienes o servicios por parte de los beneficiarios.

En el caso de educación, se le permite a la persona que tenga acceso al servicio y ella elige dónde lo demanda. Aunque, en este sector es un poco más complicado, porque existe una rigidez muy grande en la estructura de los colegios. No es fácil que el Estado entregue los recursos a las personas y les indique que vayan a buscar un colegio público. Nadie lo escoge de la noche a la mañana. Por otra parte, el gobierno no se puede dar el lujo de cerrarlos. En este caso, lo que se hace

es darle al centro educativo los recursos en proporción con la cantidad de matriculados.

El caso de la salud es más cercano a lo que uno esperaría que fuera un subsidio puro de demanda. El subsidio cubre el valor total o parcial del bien o servicio por cada beneficiario. Si cubre el servicio total, siempre hay una tendencia a la sobre demanda, y el costo es cero. Cuando se tiene un costo marginal, solamente se demanda cuando en realidad es necesario.

Otra de las ventajas de este esquema, como veíamos, consiste en que amplía las posibilidades de elección del consumidor. Éste ya no está limitado a la oferta pública y tiene a su disposición la oferta del mercado, porque ya tiene recursos para financiar el servicio.

También permite una asignación flexible del gasto, según preferencias. Cuando se diseña la canasta del régimen contributivo y del régimen subsidiado, se tiene en cuenta cómo ha sido el historial de la demanda con respecto a distintos servicios, así como sus costos. Entonces, a la persona se le dice que se le garantizará esta canasta, pero sobre la marcha ésta es objeto de revisión, de tal manera que haya flexibilidad sobre lo que se le está brindando al beneficiario. Esto estimula la competencia y garantiza equidad horizontal en la asignación

Desventajas del subsidio a la demanda: se exige capacidad para identificar las preferencias y sus costos reales. Es difícil, si no imposible, diseñar una canasta que satisfaga a cuarenta millones de habitantes. La identificación de los costos no es tarea fácil. Colombia no es Estados Unidos, donde son obsesivos por la información. Aquí no se tiene información sobre muchas cosas y, sin embargo, hay que trazar políticas y cuantificar costos. Esa es una limitación.

El usuario del municipio tiene tres o cuatro clínicas, hace el arbitraje para saber en cuál clínica es mejor tanto la calidad como el costo, y elige. Mientras, para quien diseña la política no es fácil hacer esa discriminación de acuerdo con las preferencias.

¿A quiénes les vamos a permitir que entren al régimen subsidiado y con base en qué? Con base en los ingresos, dónde viven, el estrato en el Sisben. De todas maneras, existe la posibilidad de que se manipule la asignación. El alcalde puede haber sido o no transparente en el proceso de entrevistas de las personas, cuando se les hizo la encuesta para aplicar al Sisben. Por eso surgió una serie de tutelas en este tema: siempre hay importantes limitaciones del instrumento cuando éste se aplica por el lado de la demanda.

Algunos diagnósticos hacen que el gobierno se incline por los subsidios a la demanda, por ejemplo, cuando cerca del 20% de la población no tenía acceso a servicios, cuando los demandaba. Además, la probabilidad de atención a quienes demandaban servicios de hospitales públicos en 1992 alcanzaba sólo 24%. La cobertura de la seguridad social en salud sólo llegaba al 23,8% de la población, en forma parcial y sin cobertura familiar. El gasto de bolsillo en salud en los hogares más pobres representaba ese mismo año cerca del 10% de sus ingresos, frente a menos del 0,5% para el decil más rico. Está claro que, si se tiene una probabilidad de afiliación menor, esto también amplifica los costos, porque los que son más ricos tienen que hacer un menor esfuerzo para estar cubiertos. Se veían, pues, indicadores que dejaban mucho que desear.

Registrábamos, por el contrario, buenos resultados en cuanto a cobertura y control de programas de salud pública. Ese aspecto estuvo bien y es una de las deficiencias que tiene ahora el sistema.

En el esquema de subsidio a la demanda, en los primeros siete años de puesta en marcha aumentó sustancialmente la afiliación, pasando del 23,8% en 1993 al 57% en 1997. Luego vino una disminución al 52,6% por cuenta de la crisis. La probabilidad de recibir atención por consulta médica, según se esté afiliado o no, es del 47% para los no afiliados y del 89% para los afiliados. Eso muestra que la afiliación, definitivamente, sí marca una diferencia importante en las posibilidades de acceso a los servicios de salud.

Los pagos de bolsillo en 2000 eran 34% menores con respecto a 1993, siendo inferior la reducción para los más pobres (32%). Aún así, el gasto de bolsillo en proporción a los ingresos se reduce en el quintil más pobre del 19% al 8%. Entonces, hay logros importantes, en términos de ahorro en los costos directos en los que incurrieron en los hogares, en todos los estratos.

Los gastos de recursos propios entre afiliados y no afiliados representan diferencias significativas, tanto para consulta como para hospitalización. En el segundo caso, de los no afiliados, 85% tuvo que pagar con recursos propios, mientras que entre los afiliados sólo 12% tuvo que hacerlo.

## **7. El sistema de protección social**

Básicamente, con el nuevo sistema de protección social se está organizando una institucionalidad que ya existía y que quedará bajo la sombra del Ministerio de Protección Social. Se están aglutinando, como población objetivo, varios sectores anteriormente desarticulados en la política del gobierno.

El Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) cubre varios temas: contingencias en salud, promoción y prevención,



salud pública, incapacidades (enfermedades en general) y licencias de maternidad (Gráfico 1).

En el Sistema general de riesgos profesionales actúan las aseguradoras de riesgos profesionales (ARP): contingencias en salud (eventualidades y accidentes que se tengan en el trabajo), incapacidades e indemnizaciones.

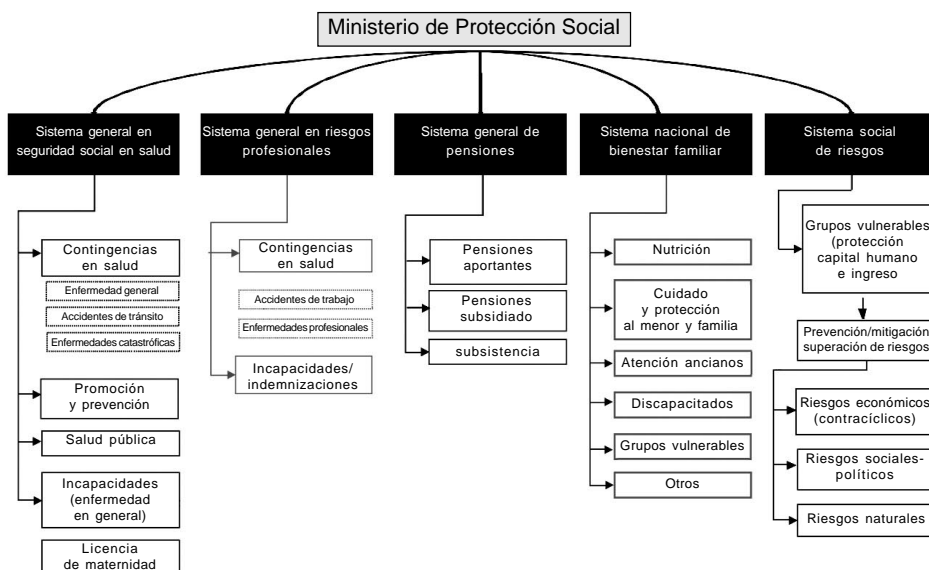
Está, además, el Sistema general de pensiones (SGP). El Fondo de Solidaridad Pensional involucra tanto unas pensiones de subsidio para las personas de mayor edad, como otro subsidio directo a la población senil. Este último funciona casi como una indemnización. Se trata de un subsidio, que puede ser hasta de medio salario mínimo, para personas que cumplan requisitos de extrema pobreza y que no tengan quien les ayude. Básicamente es una indemnización porque una de las condiciones es que sea sostenible. Los beneficiarios gozarán de ese subsidio indefinidamente.

En el Sistema nacional de bienestar familiar entran la agenda del ICBF y otros temas, como la nutrición, el cuidado y protección al menor y a la familia, la atención a ancianos, discapacitados, grupos vulnerables y otros.

El Sistema social de riesgo, que involucra a la Red de apoyo social, estaban aglutinados por el gobierno pasado en los programas de Familias en Acción, Jóvenes en Acción y Empleo en Acción, para generar empleo e incentivar la capacitación de los jóvenes mediante cursos de formación intermedia como los del Servicio Nacional de Aprendizaje (Sena), pero con un sistema de provisión distinto. Había una competencia para entidades, una especie de subasta para la provisión de esos servicios. Se seleccionaban las entidades prestadoras de esa capacitación, a las cuales se enviaban los beneficiarios.

Familias en Acción es un subsidio a la formación de capital humano por parte de las familias pobres con hijos: un monto para las

**GRÁFICO 1**  
**SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**



Fuente: Ministerio de Protección Social.



familias con niños en primaria y un monto, un poco superior, para los de secundaria. Algunos resultados de la evaluación de Familias en Acción son bastante positivos  $\frac{3}{4}$  de los otros programas todavía no se tienen resultados  $\frac{3}{4}$ . Esto forma parte de toda una agenda que busca atacar las vulnerabilidades que surgen cuando hay grandes crisis, pero el propósito va más allá. Se quiere tener algo permanente, crear una institucionalidad que permita que, cuando surgen estas crisis, el gobierno no se demore dos años en reaccionar. En el gobierno pasado se tuvo esa experiencia y eso es algo que se aprendió. Ahora se quiere tener mucha más flexibilidad y capacidad de respuesta ante las eventualidades.

Dentro del Sistema social de riesgos está la Red de apoyo social. Está, además, la Red de Solidaridad Social, que afronta lo que tiene que ver con desplazados. La Red también tiene programas para ancianos, que de ahora en adelante van a ser manejados por el ICBF.

¿Cuál es el papel del Ministerio de Protección Social? Articular aquello que ya existía, valga decir las cajas de compensación, entidades adscritas y vinculadas a otros ministerios o al Ministerio de Protección Social, el ICBF, el Sena y el Invima, que se encarga de vigilar los medicamentos, alimentos, etcétera. Se trata de utilizar toda esta institucionalidad para la provisión de los servicios y la atención de las personas más vulnerables.

## **8. Fortalecer el aseguramiento**

La meta establecida recientemente de fortalecer el aseguramiento y llegar a cinco millones de nuevos cupos en el régimen subsidiado, a la luz de las circunstancias actuales, está enfrentando dificultades de tipo fiscal en el plazo inmediato. Esta tarea de-

pende, en buena parte, de un gran desempeño de los entes económicos, de una reactivación del crecimiento, como parece que se está dando, según las cifras recientes. De continuar esa tendencia, se generarían recursos para lograr esta meta tan ambiciosa, que por ahora se ve con bastante cautela.

Una de las herramientas a disposición es la transformación de subsidios de oferta en subsidios de demanda. Lo que está implícito aquí es que los hospitales tienen un presupuesto muy amplio, pero también un déficit muy grande. La agenda gubernamental de reestructuración de hospitales apunta, por un lado, a tratar de fortalecerlos y disminuir su déficit y, por otro, a que esto permita que buena parte de los recursos que entran para los servicios de oferta se pasen a los subsidios de demanda. Así, dispondrán de mayores recursos, al tiempo que se registra un incremento importante en la cobertura del régimen subsidiado.

## **9. Esquema de la política de inversión de los recursos de salud**

Si se tiene un hospital con un déficit que está siendo financiado con recursos del Estado, se espera que, al promover una reestructuración para obtener mayor eficiencia, cuando ingresen los recursos el hospital ya sea suficientemente eficiente en lo administrativo, pero también en la calidad del servicio.

Estos recursos se pasan inmediatamente al régimen subsidiado, que tendrá nuevos ciudadanos que demandan recursos. Si el hospital logra reestructurarse, muchos se quedarán en él. Antes sólo lo hacían porque era la única oferta de la red pública. Ahora, el gobierno le quita el dinero al hospital y se lo entrega directamente a la persona, a tra-



vés del régimen subsidiado. La persona elige: si la reestructuración funciona como se espera, el hospital mejorará y la persona permanece en él. Así, el ajuste le asegura al hospital su permanencia, porque el dinero que le estaba dando la nación vía una transferencia neta, se la da ahora el sistema, a través de la facturación que le entregará el régimen subsidiado a ese hospital por ese mismo beneficiario.

Entonces, se trata en realidad de un cambio de cuentas. El dinero que entraba por transferencia ahora entrará como un aporte por capital del régimen subsidiado. Eso es lo que se espera lograr con el cambio de oferta por demanda. Estos recursos del sistema del régimen subsidiado tienen aportes importantes de departamentos y municipios. En acción pública, igualmente, se tiene un plan de atención básica a cargo de departamentos, distritos y municipios.

## 10. Sostenibilidad financiera del sistema

Entre las políticas que es necesario llevar a cabo está la de garantizar la sostenibilidad financiera del sistema. Esta es una condición necesaria. Así como en el Plan Nacional de Desarrollo hay que guardar consistencia macroeconómica, en el sistema de seguridad social en salud también. No se puede generar una unidad de pago por capitación (UPC) muy alta porque al principio sobraría mucho dinero. Si es muy baja, habrá un déficit y no será sostenible. El equilibrio de la verdadera UPC es importante, además, para evitar traumatismos generados por ajustes sobre la marcha. Parte del propósito que se tiene es adelantar una evaluación y un monitoreo para el ajuste de la UPC

El Sistema integral de información en salud está dirigido a evitar la mala asignación de

los recursos y el doble conteo, así como mejorar las condiciones para la operación del aseguramiento en los dos regímenes. Básicamente, si usted quiere seguir prestando este servicio, entrar al sistema, mantenerse, o si quiere salir, debe cumplir con unas condiciones.

## 11. Programas y metas

Una de las metas, dentro del programa de transformación de subsidios de oferta a demanda, es el pago por servicios efectivamente prestados. Se elimina la transferencia directa para los hospitales.

Al hospital se le dice, ¿cómo está su balance? ¿cuántas personas tiene vinculadas? Y se le da el dinero correspondiente para pagar su factura. No se le ha preguntado cuántas personas atendió. De tal manera que si atiende pocas no se le da el dinero. Así que hay un cambio importante.

El financiamiento hospitalario dependerá de la venta de servicios que, a su vez, está subordinada a la atención. Y la atención será, cada vez más, venta de servicios. Los hospitales deben ser auto sostenibles, la nación debe ser concebida como una entidad de última instancia que acudirá sólo cuando lleguen al déficit, siempre que aún operando en condiciones de eficiencia, no logren soportar sus costos con la venta de servicios.

En cuanto a la reducción de evasión y elusión, son recursos importantes los que hay por recoger. Los sistemas de información aparecen aquí nuevamente como un elemento clave para disminuir la evasión y la elusión. Se espera reducir del actual 36% al 18%.

La expansión en la cobertura que se quiere lograr es de 2.7 millones de nuevos afiliados al régimen contributivo, de ellos 2 millones

por asignación de un empleo formal. Debido al cambio del ciclo económico, cabe esperar que no nos vamos a quedar en el ciclo recesivo que experimentamos en 1998-2000.

Sobre la exención y reducción de aportes parafiscales condicionados a la afiliación de trabajadores, la ley de reforma laboral contempló algunos beneficios para los empleadores. Entre ellos figuran las exenciones de los pagos parafiscales. Aunque no es fácil cuantificar el alcance de esas políticas, definitivamente todos estos ahorros constituirán incentivos hacia una mayor cobertura por más generación de empleo.

Se esperan obtener setecientos mil afiliados adicionales por control de evasión y elusión. Aunque hoy en día se cuenta con cerca de once millones de personas afiliadas al régimen subsidiado, muchas de ellas no están afiliadas efectivamente. Puede suceder que se cuenta con muchas personas doblemente y el sistema paga dos veces el subsidio de una persona. Entonces, al mejorar el aspecto de la información, se diseña una manera que permita ver, en efecto, quién está debidamente afiliado y quién tiene doble afiliación. Esto reduce recursos que se gastaban doblemente. Ahora se van a gastar los mismos recursos, pero ampliando la cobertura efectiva. Si a la cobertura actual le restáramos los doblemente contados, daría una cobertura inferior. Se quiere llegar a gente completamente nueva, distinta, y llevar ese control mediante un Sistema único de registro y recaudo.

La mejor evidencia en la promoción de la cultura sobre el aseguramiento es el incremento rápido que ha tenido la cobertura del régimen subsidiado. Muchas personas que antes eran escépticas se afilian, reciben los servicios, tienen acceso a la cobertura, el sistema paga. Es algo que se difunde cada vez más, y las personas pasan de ser escépticas a ser proactivas en la afiliación.

Se van a eliminar las excepciones del Instituto de Seguros Sociales (ISS). Ustedes saben que el ISS tiene algunas excepciones o ventajas que no tiene el resto del sistema. Eso distorsiona el mercado y hace más ineficiente el seguro social. Se quiere avanzar y sometiéndolo a las mismas reglas que el resto de participantes.

En medicamentos habrá un monitoreo en la comercialización de genéricos, para abaratar el acceso de las personas hacia los mismos. En cuanto a la política de investigación, se tiene el propósito de que Colciencias promueva la investigación en los temas de salud.

## **12. Mejorar el acceso para la prestación de servicios**

Trazar una política de prestación de servicios, de habilitación de prestadores, de capitalización y unos requisitos de capital mínimo que garanticen estabilidad, son también nuestras metas.

Es bastante predecible que una entidad financieramente frágil preste un servicio de baja calidad. Un hospital sin buen servicio tratará de dilatar el acceso y de promover la salida rápida del paciente. Entonces se genera toda una serie de incentivos perversos cuando el hospital no es solvente.

Para las concesiones en el sector público hay muchas administradas por el sector. Puede haber mecanismos mediante los cuales se ofrezca una mejor administración, bajo vigilancia del Estado.

El sistema único de información es clave en aras de su mejoramiento. De esta forma se sabe cuáles son los servicios que se demandan, cuáles costos tuvieron, quiénes fueron los responsables. Mejorar el sistema de información conduce a mejores políticas.



Una de las prioridades es fortalecer y articular a todos los actores del sistema, pues éste es uno de los actuales lunares.

Lograr un mayor impacto en las intervenciones colectivas del Plan de atención básica (PAB), desarrollar el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública, impulsar accio-

nes de prevención y control de enfermedades, hacer la inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente, incrementar la cobertura de vacunación, poner en marcha una política de salud sexual y reproductiva y de mortalidad: son los aspectos más importantes mencionados de la política de salud en el Plan de Desarrollo.