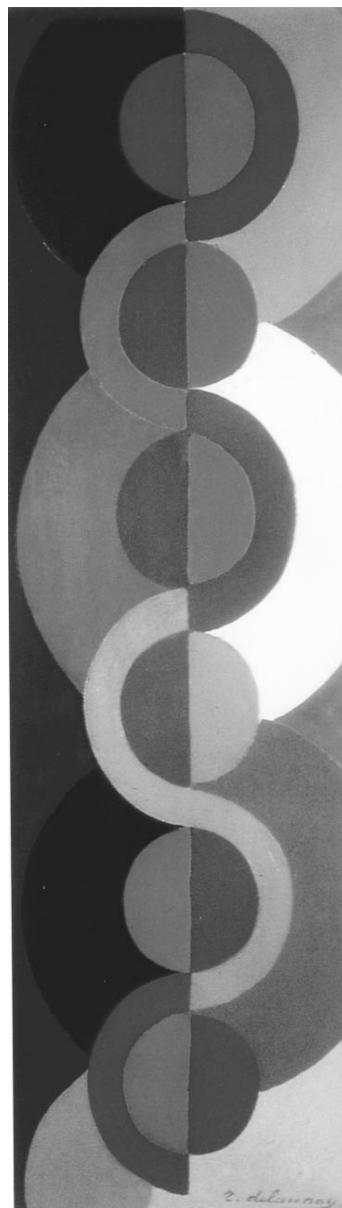

ESPACIO ABIERTO

Balance del régimen subsidiado de salud en Antioquia

*Jairo Humberto Restrepo Zea,
Esperanza Echeverri López,
Johanna Vásquez Velásquez,
Sandra Rodríguez Acosta*

Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma de salud y seguridad social en Colombia

Saúl Franco Agudelo



Balance

DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD EN ANTIOQUIA*

Jairo H. Restrepo Zea, Esperanza Echeverri López,
Johanna Vásquez Velásquez, Sandra Rodríguez Acosta

Resumen

El acceso a los servicios de salud está determinado por factores como la capacidad de pago, la distancia al sitio de atención, el estado de salud y la cultura. En ese contexto, el seguro facilita el acceso al remover las barreras financieras que impiden la búsqueda y utilización de servicios. El régimen subsidiado de salud colombiano (ley 100 de 1993) está inspirado en este propósito y cubre con un seguro de salud a la población de escasos recursos. De acuerdo con el esquema propuesto por Aday y Andersen de 1974 se estudian los resultados que ofrece el régimen en el departamento de Antioquia, en cuanto a condiciones de acceso y sostenibilidad financiera. Se encuentra que si bien la afiliación a la seguridad social muestra facilidades en el acceso, aún se presentan problemas referidos especialmente a pagos de bolsillo, distancia y organización de la oferta de servicios; además, existen dificultades para ampliar cobertura y sostener el plan de beneficios.

Palabras clave: seguridad social, acceso a los servicios de salud, política de salud, sistema de salud.

Abstract

The access to health care is determined by different factors such as: paying capacity, distance between house and service site, health status and culture. In this context, the insurance allows the access since it removes the financial barriers that prevent the search and use of health care. The subsidize health regime in Colombia (Law 100-1993) is inspired in this purpose and it covers with a health insurance the population without paying capacity. Following the Aday and Andersen scheme of 1974, the results that the subsidize regime offers for the state of Antioquia (Colombia), in what refers to access conditions and financial sustainability, is studied. The main results that people affiliated to social security have facilities to access, some problems especially out of pocket ones, distance and health supply organization ones are analyzed. Finally, the difficulties to extend coverage and maintain the benefit plan are shown.

Key words: Social security, access to health care, health policy, health system.

* Investigación financiada por la Universidad de Antioquia y la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (Convenio CI-135-2000): *Condiciones de acceso y sostenibilidad financiera del régimen subsidiado de salud en Antioquia*, la cual fue realizada durante el año 2001. Los autores agradecen el apoyo de los patrocinadores, así como a las comunidades, personas y entidades que brindaron infor-

mación, conceptos y críticas sobre la investigación. De igual manera, agradecen los comentarios realizados por Ramón Granados, consultor de la Organización Panamericana de la Salud. Este informe será presentado el 14 de agosto de 2003 en el Primer seminario de la Red sobre desigualdad y pobreza en Colombia, organizado por el BID, Banco Mundial y Cede de la Universidad de los Andes.



Introducción

El Sistema general de seguridad social en salud fue creado en Colombia, mediante la ley 100 de 1993, para universalizar el seguro de salud y, con ello, crear condiciones de acceso para toda la población, buscando resolver así las dos inequidades históricas más relevantes del sistema: las económicas y las bajas coberturas de acceso (Tono 2000). Para lograr que toda la población del país estuviera vinculada al sistema a partir del año 2000 y recibiera el mismo plan de beneficios, se introdujeron principios modernos sobre el Estado, en particular el propósito de regular el servicio esencial de salud, a la vez que se ampliaron los recursos financieros y se adoptaron varios cambios institucionales. Como elemento destacado en el panorama internacional, esta reforma buscaba dotar a la población sin capacidad de pago con el seguro, financiado mediante recursos públicos provenientes de diferentes fuentes y asignados a través de un esquema de subsidios a la demanda.

Luego de siete años de haberse puesto en marcha este régimen subsidiado de la seguridad social, su cobertura en el país puede estar cercana al 40% o al 60% de la población potencial, según la medición de pobreza desde la perspectiva de ingresos o de necesidades básicas insatisfechas, respectivamente, y parece poco probable que se aumente tanto la cobertura como el plan de beneficios. Sin embargo, además de que no se ha cumplido la meta sobre cobertura universal, es muy poco lo que se conoce acerca de los resultados para la población cubierta, y es así como si bien se cuenta con varios estudios y análisis sobre su puesta en marcha y viabilidad del régimen subsidiado, desde un punto de vista macro o general¹, no se

1 Indicadores generales sobre cobertura y utilización de servicios por quintil de ingresos (DNP-Misión Social, 1998); equilibrio financiero y

tiene mucho conocimiento sobre sus efectos reales, en cuanto a los propósitos para los que fue creado, esto es, facilitar el acceso de la población excluida.

En este sentido, mediante esta investigación se pretendía conocer, por una parte, las condiciones de acceso para la población subsidiada en Antioquia, de manera que siguiendo el marco teórico de Aday y Andersen (1974) se hiciera una aproximación sobre el proceso que sigue esta población para recibir atención médica, el cual comprende desde la necesidad percibida por ella y la búsqueda de la atención hasta su satisfacción, identificando entonces la eficacia de la estrategia de aseguramiento para remover barreras y generar facilidades para el acceso, tanto en términos potenciales como reales. Por otra parte, se quería analizar la sostenibilidad financiera del régimen, a partir de elementos relativos al acceso de la población afiliada e indagando por la situación futura en términos del gasto y la disponibilidad de recursos.

La investigación partió de la formulación de dos hipótesis. En primer lugar, se planteó que la cobertura del seguro brinda facilidades de acceso a la población del régimen subsidiado, con el reconocimiento de que si bien es un elemento necesario, no es suficiente; en tal sentido, se hicieron varias aproximaciones para reconstruir la manera como a partir de la adopción del régimen se modificaron las condiciones de acceso. Y en segundo lugar, se consideró que la diferencia entre la prima de este seguro, la unidad de pago per cápita, y el gasto en servicios por parte de los agentes administradores del régimen, se ha reducido debido a un mayor crecimiento del gasto respecto a la prima.

cobertura (Giedion, 1996; Mora, 1999); estudios de caso (Restrepo, 1998, 2001; Ruíz, 1999; Plaza y Barona, 1998); gasto por afiliado al régimen (Ministerio de Salud, 1998; Mora, 1998).

Los resultados de la investigación se exponen de manera resumida en este artículo, el cual consta de cuatro secciones: en la primera, se presenta el marco de referencia que sirvió de guía para el trabajo, en especial los elementos teóricos sobre el acceso y el seguro de salud, así como la visión sobre el régimen subsidiado de salud en Colombia. En la segunda sección se resumen los aspectos metodológicos básicos de la investigación. En la tercera, se presentan los resultados, diferenciando lo relativo a las condiciones de acceso y los aspectos de sostenibilidad financiera. Y, en la cuarta sección, se presentan las conclusiones del informe y algunas sugerencias para orientar el debate y continuar la investigación sobre este tema que ocupa un lugar importante en la agenda de gobierno y de diversas organizaciones académicas y sociales.

1. Marco de referencia

1.1 El acceso a los servicios de salud

El concepto de acceso a los servicios de salud, bajo el cual se desarrolló la investigación, se define como el proceso mediante el cual las personas buscan y logran recibir atención en salud. Esta definición se ajusta a las ofrecidas por Frenk 1985 y Donabedian (1973), en el sentido de que, para el primero, el acceso puede entenderse como la capacidad de un cliente o grupo de clientes para buscar y obtener atención, donde las características de los usuarios potenciales o reales de los servicios son el factor determinante; y, para el segundo, el acceso se refiere al grado de ajuste entre las características de la población y las de los recursos disponibles para la atención de la salud.

da por la necesidad de atención, el deseo de ser atendido, la búsqueda de atención, el inicio de la misma y, finalmente, su continuación (Frenk, 1985:440), se pueden distinguir tres dominios o alcances para estudiar el acceso: *estrecho*, el cual comprende la búsqueda de atención y su inicio; el *intermedio*, el cual, además de lo anterior, agrega la continuación de la atención; y el *amplio* que adiciona el deseo de la atención y comprende entonces todo el proceso.

Con base en el acceso y siguiendo primordialmente el dominio intermedio, el marco teórico para el desarrollo de la investigación está fundamentado en el esquema de análisis propuesto por Aday y Andersen (1974) que permite su aplicación de acuerdo con los siguientes niveles (Anexo 1): el primero, *la política*, se refiere a las acciones planeadas y dirigidas por el Estado para mejorar el acceso a los servicios de salud, incluyendo la organización general del sistema de prestación, la asignación de recursos y la definición de beneficios y criterios de elegibilidad, entre otros aspectos; en el segundo nivel o *acceso potencial*, se aborda la interacción entre las características del sistema de salud (oferta de servicios) y las del individuo (demanda de servicios); y en el tercero, acceso real, se relacionan los determinantes objetivos (el tipo, sitio y propósito de la utilización de los servicios) y subjetivos de la utilización de servicios (la satisfacción).

Esta manera de abordar el problema permite identificar los factores que, en cada uno de los niveles de análisis, pueden constituir barreras para el acceso. Es así como, si se considera la política, pueden darse barreras ante la falta de recursos o la mala asignación de los mismos, la definición que se haga del plan de beneficios y los procedimientos establecidos para hacer parte de la lista de beneficiarios de dicho plan.



En el caso del acceso potencial, del lado de la *oferta* se generan barreras en la organización de la prestación de servicios, las cuales pueden originarse en el contacto inicial, como obstáculos a la entrada o barreras ecológicas (la distancia que los pacientes deben recorrer para recibir servicios, el tiempo de viaje y las horas de disponibilidad del servicio); también existen barreras al interior, organizativas o de estructura, que tienen como elemento principal la fuente regular de servicios y determinan el tipo, sitio, volumen y continuidad del tratamiento recibido por un paciente, además de incluir los tiempos de espera en los que incurren los pacientes antes de conseguir la cita; finalmente, se tienen las barreras a la continuación del tratamiento o a la salida, otro aspecto de la estructura de entrega de servicios que está relacionada con las horas de atención y con la fuente regular de servicios.

Ahora, desde el componente de *demandas*, se consideran tres tipos de barreras: en la *predisposición*, las cuales se originan tanto en características individuales fijas (como edad y género), al igual que en características variables (como estado civil y enfermedades previas) como en la estructura social (tamaño familiar, empleo, nivel educativo y cultura); en un segundo caso, la *dotación*, se consideran como barreras al acceso la falta de ingreso o el ingreso o de un seguro de salud²; y tercero, se considera que la *necesidad percibida* representa la causa más inmediata de acceso a los servicios, la cual puede expresarse a través del estado de salud percibido, la frecuencia de dolor, el número de síntomas y los días de incapacidad.

2 En la literatura sobre acceso a los servicios de salud hay consenso en que el no acceso, en especial por barreras económicas, constituye una de las inequidades en salud más importantes, considerando como tales las desigualdades injustas, evitables e innecesarias (Withehead: 1984).

De igual manera, pueden identificarse barreras al acceso real que se vinculan básicamente con la continuidad del tratamiento médico, describiendo entonces los principales componentes de la utilización que en cierta medida se relacionan con las características propias de los recursos, como son el tipo, propósito y unidad de análisis. El tipo de servicios se puede relacionar con las características de los hospitales, profesionales y medicamentos, entre otros. Entre las características y prácticas de los proveedores que limitan la continuidad se pueden mencionar el dar poca información sobre la enfermedad, no explicar las formas de pago, no adoptar una actitud favorable hacia los pacientes y gastar poco tiempo con ellos (Fiedler, 1981).

1.2 Sostenibilidad financiera del seguro de salud

El seguro de salud, entendido en la perspectiva anterior como una facilidad para el acceso, permite que los individuos reduzcan su exposición al riesgo de experimentar pérdidas financieras por causa de una enfermedad o accidente (Arrow, 1963). El análisis sobre sus aportes al acceso, la protección de riesgos y sus perspectivas financieras, puede hacerse en dos niveles: en primer lugar, en el nivel macro se estudia el papel del seguro en el sector de servicios de salud; en segundo lugar, en términos micro, se exploran los problemas en las interacciones entre aseguradores-usuarios y prestadores-usuarios, utilizando las señales del mercado y la regulación estatal (Cutler and Zeckhauser, 1999).

Al estudiar las perspectivas financieras en un nivel macro, el análisis se centra en la solvencia y flujo de recursos para el aseguramiento, cotejando el dinero necesario para el pago de las primas, el cual en muchos países es tripartita al involucrar aportes de Estado, empleados y empleadores, con el costo

del plan de beneficios. En el nivel micro, por su parte, se supone que el objetivo de las empresas aseguradoras es el de maximizar el beneficio, lo cual en términos convencionales se describe como los ingresos menos los costos.

Una parte importante del análisis financiero sobre el seguro de salud se concentra, entonces, en el examen de las variables relacionadas con el consumo de servicios de salud, de manera que es importante considerar el *trade off* o intercambio que existe entre la ampliación del plan de beneficios y la sostenibilidad financiera de las empresas aseguradoras. Entre las herramientas para suavizar este problema, las aseguradoras o la regulación pública pueden definir un plan de beneficios fijo para toda la población y que cubra ciertas intervenciones de alto costo, o asegurar que la prima cubra el riesgo asociado y determinar el mínimo de afiliados que garantizan la sostenibilidad.

Sin embargo, las aseguradoras enfrentarán problemas de sostenibilidad si: i) cubren utilidades por fuera del plan de beneficios, sobre todo si las intervenciones que cubren son de baja probabilidad de uso pero de alto costo, en cuyo caso las fallas de información imponen un fuerte componente de incertidumbre para la permanencia de estas empresas en el mercado; ii) si los mecanismos de pago a los proveedores con quienes contratan la prestación no les permiten disminuir el riesgo; y iii), si la productividad de los factores utilizados en la producción de servicios es inferior al coste de éstos en el mercado, por ejemplo un equipo médico de alta tecnología subutilizado.

En resumen, el seguro de salud puede ser sostenible en el tiempo si la suma de los ingresos que se espera recolectar para su financiamiento logra ser igual a las necesidades para conservar la cobertura; su-

poniendo constante el valor de la prima, basta entonces con proyectar ingresos que permitan mantener afiliada a la población; sin embargo, si la población o la demanda por el seguro se incrementan (en cuanto a que más población quiere acceder a él o la misma población demanda una mayor inclusión de riesgos), se genera una necesidad importante de recursos.

1.3 El régimen subsidiado de salud en Colombia

El régimen subsidiado de salud constituye un aspecto crítico y muy novedoso de la reforma colombiana. De su organización y funcionamiento depende el alcance de la cobertura real sobre la población más pobre, estimada inicialmente en 40% del total nacional, pero que en la actualidad y dependiendo de la metodología que se adopte para definir la pobreza puede superar 60%. Además, este régimen provocó una transformación institucional muy importante al pasar de un sistema público de salud de naturaleza asistencial y organizado en torno a los subsidios a la oferta, a un sistema de subsidios a la demanda otorgados a la población y donde los hospitales públicos habrían de financiar su funcionamiento con la venta de servicios.

Adicional a la pretensión de universalizar el seguro de salud, lo cual puede entenderse como un propósito macro de la reforma, en términos micro se adoptó una nueva organización sectorial que dio lugar al sistema general de seguridad social en salud, estructurado en cuatro funciones claves: la *regulación*, en cabeza del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), organismo que dicta las reglas básicas para la operación del sistema; el *financiamiento*, del cual hacen parte el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y las transferencias para salud y los recursos de los presupuestos na-



cional, departamentales y municipales; la *administración del seguro*, para lo cual se impulsó un mercado regulado; y la prestación de servicios, en cuyo mercado se produjeron transformaciones importantes que llevaron a ampliar la oferta privada y a reacomodar la pública, especialmente mediante la reestructuración de los hospitales y su acomodación como vendedores de servicios a los administradores (Restrepo, Arango y Casas, 2002).

En este contexto, las administradoras del régimen subsidiado (ARS) constituyen una novedad importante, siendo el centro financiero del régimen subsidiado y mecanismo de articulación entre la entidad territorial, responsable de asignar los subsidios, y los prestadores de servicios. Son empresas de servicios que pueden ser públicas, privadas o mixtas, con la función básica de «organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan obligatorio de salud a los afiliados» (ley 100, artículo 177).

El marco general, sobre el cual actúan las ARS, está determinado por dos variables fundamentales que son reguladas por el CNSSS, las mismas que en la perspectiva teórica de Aday y Andersen (1974) hacen parte de la política para facilitar el acceso de la población pobre a los servicios de salud. En primer lugar, el plan obligatorio de salud subsidiado (POSS) se refiere al plan de salud que deben ofrecer las ARS a sus afiliados, expresado en un listado de servicios, medicamentos y procedimientos; y en segundo lugar, la unidad de pago por capitación (UPC) consiste en la prima reconocida a estas entidades para cubrir el valor del POSS, incluyendo sus gastos de administración. Además de estas dos variables, existen otras determinaciones importantes que afectan el funcionamiento del régimen subsidiado y, por tanto, influyen en el acceso de manera directa, como son el meca-

nismo de pagos compartidos y los criterios generales para seleccionar a los beneficiarios.

En términos prácticos, con el régimen subsidiado se presenta un cambio en la modalidad de utilización de los servicios, así: mientras antes de la reforma se acudía a un centro de atención, normalmente de naturaleza pública, en busca de servicios y con una visión de que allí se contaba con algunos recursos para brindar la atención bajo un criterio de asistencia pública o caridad, con la tenencia del carné de la ARS el individuo adquiere el derecho a la atención, el cual se encuentra soportado en un contrato de aquella con el prestador y, además, en un contrato entre el municipio y la ARS, siendo el municipio el encargado de seleccionar a la población objeto del subsidio y sufragar los dineros correspondientes para su afiliación.

2. Metodología

La investigación se enmarca en los estudios de tipo descriptivo y explicativo, con el desarrollo de un enfoque integrado mediante la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas³. La unidad de análisis es la población perteneciente al régimen subsidiado de salud de Antioquia. Se siguió la estructura de Aday y Andersen (1974), con su adaptación a las características básicas del sistema colombiano (Anexo 1), como un derrotero fundamental para la elaboración de los instrumentos de recolección de información y, en general, para abordar las hipótesis e interrogantes planteados.

3 Además, la investigación comprendió una etapa inicial encaminada a estudiar el panorama nacional, a partir de la revisión documental y, en especial, de los trabajos sobre acceso realizados para Colombia antes y después de la ley 100 de 1993 (Echeverri, 2001). Sin embargo, por razones de espacio, en este artículo no se aborda esta parte.

2.1 Condiciones de acceso

En términos de la *política*, se hizo una lectura de los planes de desarrollo de 1995 a 2003 y de las actas del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, y se realizaron entrevistas semiestructuradas a diferentes planificadores y administradores con el fin de reconstruir la evolución y funcionamiento del régimen subsidiado en términos de acceso a los servicios y sostenibilidad financiera de la UPC.

En el caso del *acceso potencial y real*, desde la perspectiva cualitativa se consultaron, además de las percepciones ya mencionadas, los testimonios de usuarios del régimen subsidiado, recogidos en talleres⁴ realizados entre agosto y noviembre de 2001 en las zonas noroccidental, centrorienta y nororienta de Medellín, y en otros dos municipios del departamento que fueron visitados: Anzá, pequeño y primordialmente rural, con un hospital de primer nivel y una ARS; y Ciudad Bolívar, un polo de desarrollo, de economía cafetera, más urbano, con hospital de segundo nivel y varias ARS.

Del lado cuantitativo, en primer lugar se estimaron modelos logit simples para el acceso y la utilización de servicios, tomando datos de la Encuesta de calidad de vida (ECV) de 1997⁵; en el caso de la utilización de servicios, se supone que las personas con

necesidades de atención y que utilizaron los servicios superaron las barreras presentes en el proceso de búsqueda y obtención de atención, de modo que se examina la utilización de servicios de hospitalización y consulta médica general o especializada, las cuales obtuvieron mayor porcentaje de utilización según datos de la encuesta. En segundo lugar, se tomaron datos sobre facturación en dos hospitales locales para, a manera de casos, examinar las frecuencias de uso de servicios por régimen de aseguramiento.

En tercer lugar, se estimó un indicador de acceso potencial que tiene en cuenta la disponibilidad de recursos, barreras para el acceso y facilidades, para lo cual se siguió la clasificación propuesta por Frenk (1985). Con el método de componentes principales lineales se calcularon los ponderadores para las variables de barreras y facilidades, y se hallaron las razones entre ellas. Cada una de estas razones puede arrojar valores iguales, menores o mayores a 1; si la razón es >1 entonces se tienen unos recursos superiores a los que se necesitan, si es <1 se tiene que sólo una fracción de los recursos disponibles son utilizados y si es $= 1$, se habla de un ajuste entre recursos y utilización. En resumen, se tiene un indicador donde la disponibilidad de recursos multiplica las razones ecológicas, económicas y organizativas, como aparece en la siguiente ecuación:

$$\text{Acceso} = D \left[\frac{\text{Facilidad}}{\text{B. ecológicas}} + \frac{\text{Facilidad}}{\text{B. culturales}} + \frac{\text{Facilidad}}{\text{B. económicas}} + \frac{\text{Facilidad}}{\text{B. organizativas}} \right]$$

B: Barreras

4 En los talleres se indagó por las percepciones, vivencias y propuestas de los usuarios con base en cuatro preguntas abiertas: i) ¿Qué problemas y aspectos positivos se le presentan cuando necesita utilizar servicios de salud? ii) ¿Cuándo hay problemas, qué está haciendo para enfrentar, o para solucionarlos? iii) ¿Qué cambios se han presentado en la situación de salud suya y de su familia en los últimos cinco años? iv) ¿Cuáles propuestas tiene sobre los aspectos mencionados?

5 Los beneficiarios del régimen subsidiado se capturan a través de dos respuestas de la encuesta: tiene seguridad social y no paga por su afiliación. Para Antioquia, correspondió a 1.687 personas ubicadas en quince municipios. Además de esta población, de la encuesta se tomó la perteneciente al régimen contributivo (tiene seguridad social y alguien paga por la afiliación) y la población vinculada (NBI sin seguridad social).



2.2 Sostenibilidad financiera

El análisis sobre sostenibilidad financiera se hizo en términos macro, desde la perspectiva cuantitativa, ya que para el análisis micro no fue posible obtener información financiera detallada que permitiera generar indicadores para las ARS en Antioquia. Se hizo un ejercicio de proyección de las fuentes de financiamiento para el período 2002-2008, a través de tres escenarios que dan cuenta de las posibilidades de la cobertura. Además, desde la perspectiva cualitativa, se contó con la opinión de planificadores y administradores, en especial sobre el comportamiento y proyección de la UPC.

En el nivel micro, con un alcance nacional, se utilizó información suministrada por la Superintendencia Nacional de Salud, sobre estado de resultados y balance general de dieciséis ARS que agrupaban a 3.529.900 afiliados, para el período 1996-1999. Los datos incluyen: ingresos operacionales, costos de prestación de servicios, gastos administrativos, gasto de ventas, ingresos no operacionales y gastos no operacionales, ingresos por UPC y gastos del POSS de 1996-2001. Con esta información, considerando como limitación que no se tiene un plan único de cuentas entre estas entidades y que el manejo de los diferentes rubros puede ser manejado discrecionalmente por cada una, se clasificaron las empresas según su estado financiero y se construyó un esquema sobre la diferencia entre ingresos reales por concepto de UPC y el gasto efectivo de esta UPC.

do, según lo establecido en la ley 100 sobre las principales variables de operación, en especial la UPC, el plan obligatorio de salud (POS), los criterios de elegibilidad y el esquema de copagos, de modo que las acciones se han encaminado especialmente a la contratación con ARS, la definición de metas de afiliación y el seguimiento financiero para la continuidad y ampliación de la cobertura. Sin embargo, en contraste con el interés por desarrollar el régimen, en cuanto a número de afiliados, no se manifiesta una preocupación por su efectividad en solucionar las barreras al acceso y el monitoreo sobre las condiciones de los usuarios.

Este comportamiento general, sin embargo, presenta diferencias en el tiempo⁶: inicialmente se ejerció un liderazgo importante en el desarrollo del régimen subsidiado en el país, con la voluntad política representada directamente en el gobernador de 1995-1997 (Alvaro Uribe Vélez), habiendo definido la meta de un millón de afiliados que fue alcanzada con cierta facilidad en 1997. Luego, la administración de 1998-2000 (Alberto Builes Ortega) mantuvo el compromiso de universalizar la cobertura, haciendo explícita la meta de un millón y medio de afiliados que no logró cumplir al finalizar su gestión. Por último, como muestra de la imposibilidad de comprometerse con metas precisas sobre cobertura, para 2001-2003 (Guillermo Gaviria Correa) no se definieron metas precisas y se condicionó el mantenimiento de la afiliación a la aplicación eficiente de la identificación y selección de los beneficiarios.

3. Resultados

3.1 Elementos de la política departamental sobre el régimen subsidiado

La política departamental se ha orientado a la puesta en marcha del régimen subsidia-

6 Además de las diferencias de carácter temporal en la política departamental, en los municipios se identifican comportamientos diferenciados de la política hacia el régimen subsidiado, lo cual repercute de manera especial sobre la cobertura y el funcionamiento del régimen. Algunos estudios abordan esta perspectiva de lo local como elemento clave para el logro de las metas consagradas en la reforma (Restrepo, 1998; Plaza y Barona, 2000).

Como parte del deseo por desarrollar plenamente la ley 100, en 1996 se conformó en Antioquia el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, como organismo asesor de la dirección Seccional de Salud, el cual habría de recibir la representación de los diferentes estamentos que hacen parte del sistema departamental. Sin embargo, las actividades de este Consejo aún no tienen un impacto claro sobre las decisiones en materia del régimen subsidiado, relegando los temas de sus reuniones a conocer la situación financiera y evolución de las normas nacionales sobre afiliación y aplicación de recursos.

Además de estas características sobre la política, las cuales enseñan la aplicación instrumental de la política nacional sobre afiliación, es importante observar la manera como ella se forma, en particular en cuanto a la visión o el compromiso que tienen sus actores. En primer lugar, se destaca un debilitamiento técnico de la dirección seccional para orientar el funcionamiento del régimen subsidiado y efectuar un seguimiento integral sobre el mismo, de modo que, como ya se comentó, sus acciones quedan supeditadas a una cuestión meramente financiera y de interventoría sobre contratos⁷. En segundo lugar, si bien la instancia del Consejo hace parte del propósito de contar con una mayor participación social, ésta opera en un sentido más formal que real y otros mecanismos se quedaron sin piso, a pesar de haber mostrado cierta efectividad, como ocurrió con los comités de participación comunitaria⁸.

Y en tercer lugar, existen diferencias de percepción y actitud entre los diferentes actores que hacen parte de la política o del funcionamiento del régimen subsidiado. Se destaca la visión que se tiene en la dirección seccional de Salud, sobre los efectos que trajo la adopción del régimen, en el sentido de que en términos de acceso era poco lo que se esperaba con la afiliación al régimen, era más un cambio organizativo y cultural centrado en la separación de funciones y en la idea del derecho a la salud; al mismo tiempo, se acepta que ahora existe una gran apropiación sobre la operación del régimen y el sentido del carné para los beneficiarios, de modo que se tiene la creencia de que las personas sienten amenazas sobre la pérdida de derechos y se tiene conciencia de la existencia de barreras impuestas por los diferentes organismos que intervienen en el aseguramiento y la prestación de servicios.

Por su parte, en las entrevistas a los prestadores públicos, quienes atienden un porcentaje muy importante de los servicios de primero y segundo nivel, se planteó que con el régimen subsidiado hay más cobertura de servicios pero se presentan más traumatismos y costos más altos, ante lo cual se presenta como crítica fundamental la existencia de un agente que no agrega valor, la ARS. Por último, desde la perspectiva de las ARS, se destacan los avances en materia de información que le ha permitido a los usuarios incrementar la demanda por servicios, se-

namiento del Consejo Territorial, se destaca lo siguiente: «El sistema, a pesar de plantear que los usuarios son un actor importante, no ha facilitado una total participación. Se conformó el Consejo Territorial, pero más para cumplir un requisito que el gobierno exigía para organizar la nueva administración del sistema, siendo así que el primer año se citó dos veces para aprobar cosas que el Ministerio estaba diciendo. Ahora, cada vez vienen propuestas nuevas, surgen más de los usuarios o de la comunidad, con propuestas de política claras».

7 Esta situación puede mostrarse desde la configuración administrativa de la dirección, de modo que mientras la dependencia de Seguridad Social solamente se ocupa de cuestiones sobre la oferta de servicios no cubiertos por el régimen subsidiado, la dependencia sobre Desarrollo Financiero aborda el otorgamiento de subsidios a la demanda.

8 De la entrevista realizada a un actor en Antioquia quien ha desempeñado un papel importante en la coordinación de la participación social y el funcio-



ñalando preocupación en algunos casos por el hecho de que puede haber abuso en el uso de los servicios y tal vez se encuentre amenazada la sostenibilidad financiera del régimen.

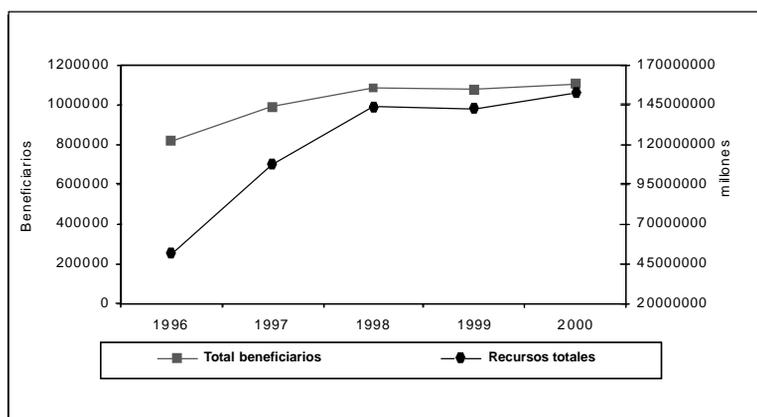
3.2 El acceso potencial

La cobertura del régimen subsidiado en Antioquia alcanzó la cifra de 1.112.272 personas en 2000, con una tasa de crecimiento muy baja desde 1996, cuando ya había alcanzado las 817.820 personas (Gráfico 1).

Si se considera el porcentaje de la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) esta cobertura corresponde a 60% de la población potencial en el 2000 (cobertura específica), la cual resulta muy similar a la que se registra en el país luego de que el departamento había mantenido tasas superiores al promedio nacional.

En cuanto a la caracterización de la población cubierta, tomando como referencia la Encuesta de calidad de vida de 1997, se tiene que del total de personas que respondieron la encuesta, 60% residen en zonas rurales

GRÁFICO 1
RECURSOS TOTALES Y POBLACIÓN AFILIADA RÉGIMEN SUBSIDIADO
ANTIOQUIA 1996-2001



Fuente: Cálculos de los autores.

y poco pobladas, con bajos niveles de educación, ocupaciones relacionadas positivamente con su educación y clasificadas como población con NBI. Ahora, de acuerdo con la población subsidiada que en la encuesta manifestó haber presentado problemas de salud (Cuadro 1), se tiene que 65% asistió al sistema formal para tratar su problema, de los cuales 42% reconoció como principal facilidad la de su afiliación a la seguridad social, 24% por cercanía al centro de atención, 12% por ser el mejor, 7% el más barato, 6% por recomendación, 4% por ser el único en la región y 3% por remisión.

De otro lado, se tienen aquellas personas que aunque tuvieron problemas de salud y son beneficiarias del subsidio, no asisten al sistema formal para solucionar su problema, es decir 35% restante. Los motivos para no acceder son, para 46% de los que no acudieron, la falta de dinero, 21% considera que el caso era leve, 9% afirma que el centro de atención queda lejos, 23% restante señala no tener tiempo, consideran el servicio malo, no lo atendieron, no confía en los médicos, ha consultado antes y no le han resuelto el problema y muchos trámites para la cita. En este caso, las principales características in-

CUADRO 1
ACCESO POTENCIAL

Barreras al acceso	Población pobre y vulnerable		Régimen contributivo
	No asegurado	Asegurado	
Porcentaje de no uso	57%	35%	12%
I. Del lado de la oferta			
Entrada	4%	9%	2%
Interior	2%	5%	20%
Continuidad	3%	8%	6%
II. Del lado de la demanda			
Predisposición	6%	10%	13%
Dotación	69%	47%	7%
Necesidad	16%	21%	52%

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida (ECV), 1997, módulo de salud. Cálculos de los autores.

individuales son: hombres solteros (48%) u hombres en unión libre (26%), entre 5 y 44 años (41%), con primaria como último nivel académico alcanzado, que trabajan, en su mayoría en oficios como jornaleros o peones, que viven en zonas rurales dispersas y son clasificados como población NBI.

Ahora, del análisis econométrico e interpretando el efecto marginal que tienen las variables significativas sobre la probabilidad de acceder o utilizar el sistema formal, para el acceso potencial se encontró que variables como pago de transporte, edad, zona geográfica y estado de salud, resultaron ser que limitan el acceso, siendo el pago de transporte la que tiene mayor efecto en la probabilidad de no acceder a los servicios formales cuando se tiene un problema de salud (Anexo 2).

Así mismo, tomando la clasificación presentada en el Cuadro 1 y teniendo en cuenta el

indicador de acceso potencial, se encontró que las facilidades que da el sistema para solucionar los problemas de acceso funcionan de manera positiva en la población del régimen subsidiado, al compararla con población de características similares pero que no tienen seguro, presentándose un acceso de 890 personas por cada mil en el primer caso, y de 350 por cada mil en el segundo. De tal modo, aunque la falta de dinero sea el principal problema para no acceder a los servicios de salud, el tener seguro y que haya servicios baratos, son factores claves que remueven la barrera económica. El indicador y los ponderadores, para la población del régimen subsidiado, es el siguiente:

Desde la perspectiva cualitativa se tienen resultados similares que reconocen la estrategia del seguro de salud, como facilidad para el acceso, así como las dificultades o barreras que persisten a pesar de contar con

$$IDAP = DR \left[\frac{\text{cercanía, remisión y único en la región}}{B. \text{ entrada, interior y continuación}} + \frac{\text{el mejor y recomendación}}{B. \text{ culturales}} + \frac{\text{barato + afiliación}}{B. \text{ económica}} \right]$$

∴ organizativas, culturales y económicas.

$$IDAP = 1.71 * [(0.001) * \frac{1.39 + 0.61 + 0.62}{0.92 + 0.83 + 0.90} + \frac{0.78 + 0.66}{0.95} + \frac{0.67 + 1.47}{1.48}] = 0.89$$

B: Barreras



el seguro. En efecto, para los planificadores y administradores (ARS), la cobertura del régimen subsidiado ha permitido un mayor acceso o por lo menos le ha otorgado a éste el carácter de derecho que se garantiza mediante la afiliación. Sin embargo, también se mencionan algunas dificultades, en especial las trabas para la atención integral, mencionadas por los primeros, y, por parte de los segundos, la mala composición de los riesgos y el exceso de demanda que ha sido impulsada en parte por la información y práctica recibida por los usuarios.

Por parte de los usuarios, sus testimonios apuntan primero a reconocer la importancia del régimen subsidiado. De las versiones presentadas en los talleres, se pueden destacar las siguientes: «si no lo tuviéramos (el carné de ARS), el problema sería mayor; el Sisben está llegando a la gente más pobre y a la zona rural; para las gestantes y los niños todo está garantizado; comparado con épocas pasadas, mejor ahora porque uno no tenía subsidios y la gente tenía que pagar todo».

A pesar de ver en el régimen subsidiado una facilidad para el acceso, los usuarios también encuentran dificultades que lo impiden. En especial, en cuanto a las características de oferta, las limitaciones para el acceso potencial están en la disminución de la disponibilidad de servicios y en la persistencia de barreras geográficas en zona rural. En la zona urbana de Medellín, por ejemplo, se han cerrado instituciones de primer nivel o el volumen de recurso humano resulta insuficiente para la demanda. En los municipios ha ocurrido igual, pero además ha disminuido el recurso de promotoras rurales de salud y la oportunidad de algunos servicios, destacándose del cierre de servicios ambulatorios los días de mayor flujo de población a la zona urbana.

Por último, en cuanto a las características de la población, se destaca una doble predisposición de los usuarios frente a la tenencia de un seguro: entre la legitimidad y la valoración negativa, del proceso de focalización y de lo que representa estar afiliado al régimen subsidiado, y la percepción de la situación de salud. Esta valoración dual es común en todos los sitios visitados; sin embargo, las críticas y la exclusión son más fuertes y frecuentes en Medellín, comparativamente con los municipios, diferencia que puede atribuirse al hecho de que en la ciudad la heterogeneidad de la pobreza es mayor, pesa más la pobreza por ingresos que la de necesidades básicas insatisfechas, por tanto, la exclusión vía focalización es mayor porque el ingreso pesa menos en el conjunto de factores que asignan puntaje en la encuesta. Por otro lado, en la ciudad los usuarios están más informados y organizados.

3.3 Acceso real o utilización de servicios

Se realizaron aproximaciones sobre el acceso real con base en hallazgos estadísticos bajo la metodología de casos; además, se presenta la percepción que sobre el tema y en particular sobre las barreras al acceso tienen los usuarios y los administradores y planificadores. En cuanto a lo primero, se tienen datos de dos municipios y aunque se contó con otra información, no fue posible un mejor análisis debido a la precariedad de la misma. Para casi todos los servicios, la frecuencia de utilización y, en consecuencia, la facturación de los mismos, es menor en la población vinculada, llegando a ser la mitad de la observada para el régimen subsidiado y aproximadamente la décima parte de la realizada para el contributivo (Anexo 3).

La hipótesis para plantear en estas marcadas diferencias es que la disponibilidad de recursos por parte del tercer pagador y la forma de contratación es un factor decisivo

en el acceso a los servicios de salud (inducción de demanda de servicios pagados por evento como en el contrato de la EPS, compromisos de cumplir con un plan operativo de promoción y prevención en el caso de la ARS, o por el contrario, desestímulo a la demanda para la población vinculada por disponibilidad limitada de recursos por parte de la alcaldía, control del acceso a la consulta médica y por ende medicamentos y otros servicios en la población afiliada al régimen subsidiado debido a una contratación por capitación).

En términos de la percepción de los usuarios, se destaca del trabajo cualitativo que los problemas más reiterativos hacen referencia a barreras económicas, concretamente por los copagos, la compra de medicamentos y los gastos de desplazamiento a otros niveles de atención; y por rechazo o restricciones en la atención, asociadas a los costos y no a la disponibilidad de servicios. En menor medida inciden las barreras geográficas y administrativas, generadas desde la oferta más por los prestadores que por los aseguradores. Las dificultades relatadas pueden agruparse en categorías como: “atención negada, barrera geográfica, barreras generadas por los prestadores, acceso diferencial, restricciones en términos de disponibilidad y uso de la oferta de servicios, problemas generados por la puesta en marcha de la estrategia de focalización, barreras económicas y falta de oportunidad o de calidad en la atención”.

La forma en que las personas han intentado superar estas barreras van desde tratar de conseguir el dinero que hace falta para la atención, buscar otro servicio más económico, aplazar o desistir de la atención, hasta la utilización de hierbas. Por ejemplo, en la zona centro oriental de Medellín, los usuarios relataron que realizan de tiempo atrás un trabajo organizativo e informativo sistemático, citando a las ARS y al Secretario de

Salud para que escuchen sus quejas, y solicitarles responsabilidad frente a las acciones de promoción y prevención, o frente a la vigilancia gubernamental de la contratación y del control de porcentajes de intermediación a las ARS.

Por su parte, al considerar las entrevistas sobre la percepción de los planificadores y administradores del régimen subsidiado, se concluyen aspectos que van en la misma dirección de la presentada por los usuarios. Para ellos, los usuarios se enfrentan al menos tres tipos de dificultades: en primer lugar, la cuestión geográfica parece determinante y es así como se reconoce que en la ciudad hay una gran accesibilidad pero que en las zonas rurales los problemas persisten; en segundo, existen barreras económicas que se hacen más pronunciadas cuando se trata de población rural que debe trasladarse a la ciudad; y en tercero, hay barreras culturales que también se expresan especialmente en la población rural.

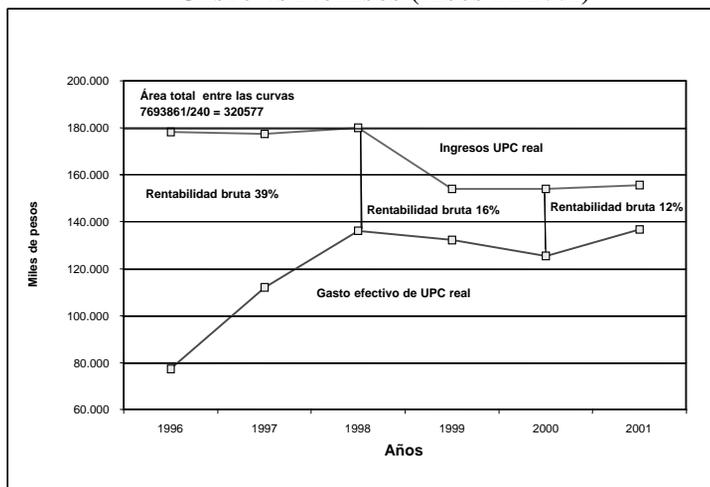
3.4 Sostenibilidad financiera

El análisis sobre la sostenibilidad financiera del régimen subsidiado, como se indicó en el marco de referencia, tiene en cuenta, en primer lugar, la situación macro referida a la financiación de la cobertura. Sobre el particular, se encontró que, luego de haber iniciado la aplicación de recursos nuevos en 1996, y de haberse registrado un aumento importante del total de recursos hasta 1998, a partir de este último año prácticamente se tiene un estancamiento que coincide con la evolución de la cobertura (Gráfico 2).

Este comportamiento global de los recursos coincide con una pérdida de la participación de Antioquia en el total nacional, la cual pasó del 14% al 12% entre 1997 y 2000, enseñando así los resultados de la política nacional encaminada a nivelar las cobertu-



GRÁFICO 2
GASTO VS INGRESOS (PESOS DE 2001)



Fuente: Cálculos de los autores.

ras entre departamentos, de modo que en especial las partidas asignadas por el Fosyga están destinadas a fortalecer su aporte en donde las coberturas han sido más bajas, mientras en el caso de Antioquia este aporte no presenta cambios positivos y, más bien, se muestra una reducción en términos relativos.

Otro hecho que profundiza la tendencia del estancamiento de recursos se refiere a la reforma al sistema de transferencias territoriales, las cuales junto con los recursos del Fosyga, representan más del 90% de la financiación del régimen subsidiado en el departamento (Cuadro 2). En efecto, el acto legislativo 01 y la ley 715 de 2001, limitan el crecimiento de las transferencias en 2% real hasta 2005 y 2,5% a partir de ese año. Este marco enseña, pues, unas posibilidades muy bajas de ampliar la cobertura.

Los escenarios elaborados para el período 2002-2008 dan cuenta, efectivamente, de la dificultad que se tiene para superar los niveles de cobertura actuales (Cuadro 3). Al considerar que la UPC permanece constante en términos reales y que la cobertura específica se establece a partir de la población

con necesidades básicas insatisfechas, la cual por lo demás se mantendría constante como porcentaje de la población departamental, en un escenario optimista, marcado por un crecimiento económico del 5%, la población cubierta podría aumentar en cerca del 19%, con la afiliación de 242.310 personas adicionales durante el período y una cobertura específica del 79%.

En un escenario más moderado, con un crecimiento económico de 2% hasta 2003, 3% en 2004-2005 y 4% en adelante, los resultados son igualmente más lentos pero con seguridad más probables: un incremento de la cobertura de 11,8%, 151.165 beneficiarios adicionales y una cobertura de 75% en 2008. Por último, en un escenario de estancamiento económico, con un crecimiento de 2% anual, el aumento de los beneficiarios sería de 8,5%, equivalente a 109.374 personas y a una cobertura de 72,4% al finalizar el período, lo cual indica que ésta permanecería constante.

En resumen, la información relevante para cada uno de los escenarios permite observar que aún en el escenario optimista, éste solo



CUADRO 2
COSTOS DE LA AFILIACIÓN RÉGIMEN SUBSIDIADO
ANTIOQUIA 1996-2001 (MILLONES DE PESOS)

Recursos	1996	1997	1998	1999	2000	2001*
Situado fiscal	642	15.365	32.782	29.687	39.192	42.182
ICN	22.998	33.765	37.161	49.735	52.097	49.752
Fosyga	22.876	52.965	66.814	49.043	52.721	49.521
Cajas y migrantes cafeteros	4.696	6.323	7.330	6.996	8.071	9.413
Rentas cedidas	-	-	-	7.764	1.287	2.128
Esfuerzo propio	-	-	-	103	44	837
Redistribución	656	-	-	-	-	-
Total	51.868	108.419	144.087	143.328	153.412	153.833

Nota: (*) Información Provisional por confrontación con Ministerio de Salud.

Fuente: DSSA-Departamento de Régimen Subsidiado

CUADRO 3
TOTAL RECURSOS, COBERTURA Y DÉFICIT DE RECURSOS EN EL RÉGIMEN
SUBSIDIADO ANTIOQUIA 2002-2008 (MILLONES DE PESOS DE 2002)

	2002	2003	2004	2005	2006	2006	2007	2008
Escenario 1								
Total recursos	215.041	220.505	226.227	232.108	239.711	239.711	247.589	255.754
Cobertura	72%	73%	74%	75%	76%	76%	78%	79%
Déficit de recursos	82.393	81.065	79.450	77.654	74.201	74.201	70.529	66.627
Escenario 2								
Total recursos	215.041	218.537	222.163	226.006	230.643	230.643	235.487	240.440
Cobertura	72%	72%	73%	73%	76%	73%	74%	75%
Déficit de recursos	82.393	83.033	83.513	83.755	75.338	83.269	82.631	81.942
Escenario 3								
Total recursos	215.041	217.926	220.917	223.961	227.058	227.058	230.210	233.418
Cobertura	72%	72%	72%	72%	72%	72%	72%	72%
Déficit de recursos	82.393	83.645	84.760	85.801	86.854	86.854	87.908	88.963

Nota: Los recursos están expresados en millones de pesos de 2002; la cobertura corresponde a las personas que pueden afiliarse, con una UPC constante en términos reales, sobre la población stimada NBI para cada año; el déficit de recursos se refiere al monto necesario para completar la cobertura al 100% de la población NBI. Fuente: Cálculos de los autores. Escenarios sobre proyección de ingresos.

estaría en capacidad de adicionar 22.336 millones de pesos por encima del estancamiento de las fuentes y, en esa situación, el mayor logro que se puede realizar en cobertura es de 79% de la población NBI del departamento. Se comprueban entonces las preocupaciones generadas en el ámbito nacional sobre la sostenibilidad financiera (Cárdenas, 2000; CNSSS, 2001) y la conclusión del monitoreo local de la reforma al sector salud en Antioquia (Restrepo, 1998), en donde se afirma que se presenta una seria restricción de recursos en el largo plazo, por lo cual no es posible considerar de una manera seria la posibilidad de aumentar la cobertura.

micro o la diferencia entre los recursos disponibles por las ARS (la UPC) y el gasto en servicios que ellas realizan. Como se señaló anteriormente, si bien no fue posible conocer cifras sobre esta situación para Antioquia, se empleó, por una parte, información correspondiente a dieciséis ARS con alcance nacional; y, por otra, además de alguna información muy puntual, se contó con la percepción de representantes de ARS como una aproximación cualitativa al problema.

En el caso de las ARS, sobre las cuales se analizó su situación financiera para 1996-2001, su margen de rentabilidad bruta (ingresos menos gastos en servicios de salud) enseña una disminución continuada desde 39% en el primer año al 12% en el último,



lo cual indica que los gastos han crecido más rápido que los ingresos, de modo que se afecta claramente la sostenibilidad de la UPC y, en consecuencia, se reducen los incentivos para permanecer en el mercado de las ARS. Esta situación aparece descrita en el Gráfico 2, el cual indica una reducción creciente en la brecha entre las dos variables consideradas y permite demostrar la hipótesis planteada al inicio de la investigación, sugiriendo además que la evolución del seguro podría caracterizarse por un aumento gradual en el uso de los servicios.

El aumento del gasto en servicios de salud parece que se encuentra determinado principalmente por el gasto en enfermedades de alto costo, que en muchas ARS sobrepasa 20% (4 puntos por encima de la estructura de gasto planteada por CNSSS para la atención de estas enfermedades). De los datos no se puede estimar la tendencia del gasto y hacer proyecciones del período en el cual éstas dieciséis ARS igualarán ingresos y gastos, pero del gráfico puede decirse que las ARS se dirigen al punto de autosuficiencia operativa, expresada como una disminución creciente de los excedentes operativos⁹.

Este hallazgo se encuentra ratificado en varios hechos para el caso de Antioquia. En primer lugar, aunque puede no ser determinante por tratarse de un caso local, cuyos gastos tal vez no varían para las ARS por mantener un esquema de contratación por capitación a ese nivel, se encuentra que la

frecuencia en el uso de servicios de consulta médica, urgencias y hospitalización presentaron una variación positiva entre 1997 y 2001 (Anexo 3). Y en segundo lugar, entre las ARS cubiertas por la investigación se registró un elemento común que puede resumirse en la expresión de uno de sus representantes entrevistados, así: «La utilización de servicios ha sido creciente, registrándose una caída de las reservas técnicas (recursos excedentes de lo permitido para el gasto en servicios) y una pérdida de rentabilidad».

4. Discusión y conclusiones

4.1 La política en el régimen subsidiado: ¿Cómo afrontar los dilemas de la cobertura?

Esta investigación pone de presente, desde una indagación regional, varios dilemas que enfrenta el régimen subsidiado de salud en Colombia. En primer lugar, el plan obligatorio constituye un aspecto crítico dentro de la política de salud, volviéndose cada vez más preocupante por sus efectos financieros y las diferencias de intereses entre los actores involucrados en su provisión. Si bien el contenido del plan parece generoso, en comparación con los paquetes esenciales promovidos en otros países, los usuarios y algunas organizaciones sociales reclaman una mayor inclusión de servicios y, en todo caso, que se garantice el derecho a la salud para toda la población; en cambio, para los administradores del seguro y en parte para los prestadores y planificadores, no es posible ampliar el contenido. Entonces, un primer dilema es: ¿Cuál puede ser la cobertura en términos del plan de beneficios? Entre un plan infinito y uno limitado.

Por su parte, la UPC es la contraparte financiera del plan y la correspondencia entre una y otro comprende aspectos de la

9 Adicional a este ejercicio que responde de manera directa a una de las hipótesis central de la investigación, aunque no con un alcance estrictamente regional, la información también permite clasificar a las ARS por los resultados financieros en cada año (1996-1999). Se tiene que mientras en 1997, diez de las dieciséis ARS analizadas se clasifican en tipo A o sin problemas, para 1999 su característica principal es estar clasificadas como tipo D o a liquidarse.

demanda, la organización de los servicios y la forma de contratación entre administrador y prestador, de manera que cualquier incremento o reducción real en la UPC puede provocar alivios o amenazas sobre la financiación del régimen, así como efectos sobre la calidad de los servicios y satisfacción de los usuarios y prestadores. Se tiene así un segundo dilema: ¿Cómo financiar el plan? Entre una UPC achicada que vulnera la calidad y la rentabilidad de los administradores y prestadores y una UPC más amplia que compromete más recursos públicos.

En cuanto a los criterios de elegibilidad, la política apunta a definir el club de los beneficiarios para que ingresen al régimen subsidiado, aspecto complejo cuando no existe uniformidad en la definición de la pobreza y, por tanto, en su medición y la aplicación de instrumentos para clasificar a la población, sobre todo en épocas de crisis. Cualquier decisión también implica variar los requerimientos de recursos y, de manera especial, afectar la legitimidad del sistema en su conjunto al poner a prueba mecanismos de inclusión. Se enfrenta entonces un tercer dilema: ¿A quiénes cubrir con el seguro -entre el grupo de los más pobres y el grueso de la población, los pobres y los no tan pobres?

Por último, la asignación de recursos nacionales y departamentales es fundamental para alcanzar una cobertura equilibrada entre diferentes comunidades. Se trata de un componente distributivo de la política, de manera que los márgenes de cofinanciación varíen entre diferentes entidades territoriales y el esfuerzo de cada una de éstas pueda ser ponderado según sus capacidades. Se tiene así un cuarto dilema: ¿Cómo distribuir la cobertura en el territorio -entre la igualdad de coberturas y la disparidad regional y local-?

Frente a estos dilemas, se perciben señales de agotamiento de la estrategia de aseguramiento como alternativa para facilitar el acceso a los servicios de salud, en especial para la población pobre. En efecto, además de que no se ha cumplido con el objetivo central de la reforma, esto es, la cobertura universal del seguro de salud, se aprecia que aún teniendo el seguro persisten algunas barreras principalmente de tipo económico; de igual modo, los ejercicios de sostenibilidad financiera enseñan que ciertamente no será posible afiliarse a toda la población como se tenía previsto para el año 2000, y que los costos micro del régimen subsidiado (UPC) pueden comenzar a desbordarse y, con ello, arrastrar el actual esquema de organización a través de las ARS.

4.2 La cobertura del seguro es clave para facilitar el acceso

La aceptación del régimen subsidiado fue un aspecto destacado en esta investigación, coincidiendo con varios indicios sobre el particular y la referencia teórica acerca de las bondades que el seguro tiene para promover el consumo de unos bienes y servicios indispensables para la calidad de vida. En general, se piensa que el seguro es un buen mecanismo para facilitar el acceso a la población pobre, a partir de lo cual se plantea una tesis sobre la *legitimidad del régimen subsidiado* que consiste en el hecho de aceptar la operación del seguro en cuestiones prácticas y tangibles como la tenencia del carné de la ARS.

Aunque no se posee información que permita diferenciar la situación de la población subsidiada, antes y después de recibir el seguro de salud, se tienen evidencias que muestran las ventajas de esta población sobre los vinculados o población pobre no afiliada al régimen subsidiado. En primer lugar, la Encuesta de calidad de vida de 1997 en-



seña la mayor probabilidad que tiene una persona para acceder si pertenece al régimen subsidiado o si es vinculada; además, dentro de las razones para no acudir a los servicios, si bien en los dos casos prevalece la falta de dinero, se tienen diferencias importantes entre ambas poblaciones (47% y 69%, respectivamente, para la población de la encuesta). En segundo lugar, los casos explorados sobre prestación de servicios enseñan unas frecuencias de uso diferentes y, en general, una mayor utilización por parte del primer grupo de personas, notándose especialmente la diferencia a su favor en la entrega de medicamentos, odontología y consulta médica, mientras la población vinculada registra usos similares o incluso superiores en urgencias y hospitalizaciones.

Desde la perspectiva cualitativa se plantean cuestiones similares. De manera especial, entre la población beneficiaria existe el convencimiento sobre las bondades de estar afiliado al régimen subsidiado y su preocupación se centra en los mecanismos de inclusión, de modo que además de cuestionar la encuesta del Sisben y la selección de beneficiarios, adoptan una actitud solidaria en relación con los no incluidos. Por otra parte, admiten que la afiliación ha beneficiado a la población más pobre, de la zona rural y algunos grupos vulnerables, los costos de los servicios son menores en comparación con los de las personas no incluidas y se posee una mayor posibilidad de acceder a los servicios costosos o especializados.

Para los planificadores, administradores y prestadores, de igual modo el seguro ha sido positivo y sus preocupaciones están más orientadas a la sostenibilidad financiera y, particularmente para los primeros, en la ampliación de cobertura. Se destaca, en la perspectiva de estos actores, una reconstrucción del proceso de acceso que revela cómo el seguro remueve ciertas barreras de ma-

nera gradual y, además, si bien comienza con una buena rentabilidad financiera, ésta se va perdiendo con el paso del tiempo. El aspecto más destacado se refiere a la información de los usuarios y a la apropiación que ellos adquieren del derecho a la salud, de modo que al inicio del régimen no se valoraba la tenencia del carné y el acceso a los servicios solo cambió de manera lenta, en la medida en que los usuarios recibían información y ponían a prueba las bondades de su afiliación.

4.3 Sin embargo, el seguro no es suficiente

La tesis sobre la legitimidad del régimen subsidiado no es una cuestión de carácter absoluto. Si bien el seguro es una condición necesaria para facilitar el acceso, no es suficiente. Pueden ilustrarse casos de afiliación al régimen subsidiado con la existencia de barreras al acceso potencial y real, de modo que reconociendo las posibilidades que brinda el seguro para facilitar el acceso, también se cuestiona la permanencia de algunas dificultades frente a las cuales no se logran generar cambios positivos o estos son muy pequeños. Es así como, por una parte, las barreras económicas y geográficas tienen un peso importante que impiden el acceso; además, se poseen evidencias sobre problemas en la continuidad dentro del sistema de prestación de servicios, de modo que aunque la persona pueda llegar a consulta médica, se dificulta su paso por ejemplo a consulta especializada, suministro de medicamentos o ayudas diagnósticas.

Ahora bien, dado que se tiene el seguro, se aprecia la existencia de barreras como las siguientes: la disminución de la disponibilidad de servicios por ajustes orientados a mejorar la eficiencia de las instituciones, como el cierre de servicios rurales, ciertos turnos y el cierre de programas de promoción y prevención; la falta de oportunidad,

debida a la organización de los servicios, fue referida comúnmente por parte de los usuarios; las barreras geográficas que en algunos casos se han profundizado debido a la reorganización de la red de servicios, o a la manera como la ARS organiza la contratación.

Los relatos de los usuarios en cuanto a barreras al acceso potencial coinciden en algunos cosas con la estimación sobre los determinantes del acceso potencial: aunque las características individuales tienen poco peso en la decisión de acceder o no al sistema de salud, los efectos marginales de las variables significativas dan cuenta que la variable con mayor peso a la hora de tomar la decisión de no acceder al sistema formal, dado que se tiene un problema de salud, es el pago de transporte, seguido por las características regionales. En este caso, la persistencia de barreras ecológicas y económicas evidencian la poca efectividad de la estrategia de aseguramiento para promover el acceso a los servicios en poblaciones que no cuentan con una fuente regular de servicios que sea accesible en términos de distancia.

Además de lo anterior, las variables de tipo cultural pueden estar restringiendo el acceso de los hombres a los servicios de salud, pues lo que un individuo piense sobre su estado de salud influencia en gran medida su comportamiento y hay puntos en los que este factor puede afectar la relación entre los profesionales de la salud y los usuarios. Aunque por ahora no es posible ir más allá en este asunto, sin embargo, una medida próxima podría ser a través del efecto de la educación en el acceso y en la utilización.

El acceso real en el régimen subsidiado enfrenta algunas dificultades sobre las cuales es importante continuar la indagación con el fin de evaluar la eficacia en la solución de los problemas de salud de la población beneficiaria. En la percepción de los usuarios

se destacan: la atención negada por parte de los prestadores, quienes aducen que aquellos tienen deudas de atenciones anteriores o tienen su carné vencido; las barreras económicas impuestas a través de los copagos y las necesidades de transporte; así como trámites administrativos, necesarios para ascender dentro del sistema o para retirarse luego de que la atención ha culminado.

4.4 ¿Hacia dónde orientar los esfuerzos?

La información que ofrece esta investigación, tanto sobre las evidencias que arroja desde diferentes perspectivas, como en relación con los análisis efectuados sobre diferentes tópicos, permiten plantear varios asuntos para orientar las acciones de la política pública, específicamente en Antioquia, y generar nuevas preguntas y derroteros en materia de investigación y monitoreo de dicha política.

Aunque este asunto pasa por una revisión del régimen subsidiado nacional, según los dilemas esbozados en el punto 4.1, es importante adelantar una discusión desde el ámbito departamental y convocar a diferentes organismos y representantes de la sociedad civil para ello. Como están las cosas, puede perpetuarse la existencia de un régimen que favorece a un grupo de personas con un conjunto de servicios, mientras otro grupo probablemente igual en número presenta serias carencias en materia de atención en salud; además, se perciben amenazas sobre las condiciones de acceso de la población subsidiada, con el incremento de barreras por la organización de los servicios y mayores exigencias económicas.

Al buscar continuidad en la organización institucional del régimen, es necesario que las entidades territoriales (en este caso Antioquia) asuman el manejo y la evaluación del régimen subsidiado con un mayor



liderazgo técnico. Para esto, es indispensable brindar apoyo al Consejo Territorial con información y análisis de monitoreo que permita orientar la discusión y presentar propuestas que puedan tener resonancia nacional. Además, es importante, a partir de los escenarios financieros, evaluar diferentes alternativas sobre la evolución de los recursos según el modo de su aplicación (oferta o demanda), al tiempo que definir varias opciones de esfuerzo propio con rentas departamentales y municipales.

Un camino distinto estaría marcado por una revisión profunda al régimen subsidiado. Manteniendo la estrategia de aseguramiento, como mecanismo para facilitar el acceso, el primer cuestionamiento que surge se refiere al esquema de administración basado en la pluralidad de organismos, las ARS, sobre las cuales existe una gran discusión acerca de su pertinencia y, como se ha visto en los últimos dos años, de todos modos su evolución enseña una mayor concentración y la salida de las que alcanzaron lucro en los años previos. Un segundo aspecto apunta a la revisión sobre el propio régimen, de modo que admitiendo las dificultades para ampliar la cobertura se unifique un plan de beneficios idéntico para toda la población sin capacidad de pago, el cual se suministraría a través de la contratación entre un fondo público y agentes administradores o prestadores de los servicios.

Por último, dentro de las preocupaciones que se destacan para dar continuidad a la investigación sobre el régimen subsidiado en el marco de la *economía de la salud* y buscando evidencias sobre la evolución de un seguro de salud, se encuentra la exploración sobre el gasto de bolsillo y los efectos del régimen sobre la equidad; la realización de simulaciones del gasto en servicios por régimen de la seguridad social; la indagación sobre la ocurrencia y los efectos de fenóme-

nos característicos del seguro, como el riesgo moral y la selección adversa. Además, para apoyar estos trabajos y el ejercicio mismo de la política pública, se requieren de bases de datos y sistemas de monitoreo para capturar el comportamiento del régimen en cuanto a las barreras al acceso y utilización de servicios, así como introducir en las encuestas nacionales un módulo estable que permita conocer de manera homogénea la evolución sobre el acceso potencial y real para los servicios de salud.

Bibliografía

- Aday, Lu Ann; Andersen, Ronald, 1974. «A Theoretical Framework for the study of Access to Medical Care». En: *Health Services Research*. V. 9 (3). P. 208-220.
- Arrow, Kenneth, 1963. «Uncertainty and the welfare economics of medical care». En: *American Economic Review*, 53, 941-973.
- Cárdenas, Diana Isabel, 2000. Sostenibilidad financiera del régimen subsidiado en salud. Bogotá, DNP, Dirección de Desarrollo Social, subdirección de Salud.
- Castaño, Ramón, A; Arbeláez, José, J; Giedión, Ursula; Morales, Luis Gonzalo, 2001. *Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud*. Serie: *Financiamiento del desarrollo*. Naciones Unidas. Santiago de Chile. Cepal. Unidad de estudios especiales. Secretaría Ejecutiva. N. 108. Mayo. P. 51.
- Céspedes, Juan Eduardo; *et al.*, 2000. «Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y utilización de servicios de salud. Bogotá». En: *Revista de Salud Pública*. V. 2 (2). Universidad Nacional. Bogotá. Julio. Pp. 145-164.
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 2001. *Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes 2000-2001*. Bogotá.
- Cutler, David; Zeckhauser, Richard, 1999. «The Anatomy of health insurance». En: *Handbook of Health Economics*. V. 1A (3). Capítulo 11. Pp. 563-644.
- Departamento Nacional de Planeación - Misión Social, 1998. «Análisis de las encuestas de calidad de

- vida para evaluar el impacto del nuevo sistema de seguridad social en salud en Colombia: 1993-1997». Bogotá. Informe final. Octubre.
- Departamento Nacional de Planeación- Misión Social. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD, 2001. «Una evaluación de la ley 100 como herramienta de cumplimiento del derecho a la salud». En: *Desarrollo humano*. Colombia 2000. Alfa Omega Ediciones. Mayo. Pp. 101-134.
- Donabedian, A., 1973. *Aspects of Medical Care Administration*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Echeverry, L., María Esperanza, 2001. «El derecho a la salud: balance a diez años de la Constitución de 1991». Ponencia presentada en el Seminario balance de los derechos económicos, sociales, y culturales a diez años de la Constitución de 1991. Cámara de Comercio de Medellín. Agosto 22 de 2000. Inédito. Pp. 4-5.
- , 2002. «Pobreza y aseguramiento: ¿regulación o reformulación?. (Borrador de trabajo). Grupo de economía de la salud. Centro de Investigaciones Económicas. Universidad de Antioquia.
- , 2001. «Síntesis de los estudios de accesibilidad a los servicios de salud en Colombia». Ponencia presentada en el II Congreso internacional de salud pública. Medellín. Noviembre.
- Fiedler, J.L., 1981. «A review of the literature in access and utilization of medical care with special emphasis on rural primary care». En: *Social Science and Medicine* 15C, 129-142.
- Folland, Sherman; Goodman, Allen; Stano, Miron, 1993. *The economics of health and health care*. New Jersey. Prentice Hall.
- Frenk, Julio, 1985. «El concepto y medición de la accesibilidad». En: *Salud pública de México*. N. 27. Pp. 438-453.
- Giedion, Úrsula; Wülner, Andrea, 1996. *La unidad de pago por capitación y el equilibrio financiero del sistema de salud*. Fedesarrollo.
- Gobernación de Antioquia. Departamento Administrativo de Planeación, 1995. *Plan de desarrollo Primero Antioquia 1995-1997*. Medellín.
- , 1998. *Plan de desarrollo Antioquia nos une 1998-2000*. Medellín.
- , 2001. *Plan de desarrollo Por una Antioquia nueva 2001-2003*. Medellín.
- Guía de Planificación de Negocios y Proyecciones Financieras. *Análisis de las proyecciones e indicadores financieros*. Capítulo 8. Pp. 139-148.
- Hernández, Mario, 1997. «Preguntas a las bases morales de la reforma a la seguridad social en Colombia». En: *Cartilla de seguridad social*. N.2. Medellín. Agosto. Pp. 60-76.
- , 2000. «El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización». En: *La salud está grave. Plataforma colombiana de derechos humanos, democracia y desarrollo*. Bogotá. Mayo. Pp. 144-145.
- Jaramillo, Iván, 1997. *El futuro de la salud en Colombia*. Bogotá, 3ª. ed. Tercer Mundo Editores.
- , 1998. «¿Hay recursos para los más pobres? Análisis de la situación financiera del régimen subsidiado». En: *Vía salud*. N. 6. Bogotá D.C. Octubre – Diciembre. Pp. 7-14.
- Ministerio de Salud. Dirección de Estudios Económicos e Inversión Pública, 1998. *El plan obligatorio de salud (POS) contributivo y subsidiado*. Bogotá. Junio.
- , 2000. <http://www.minsalud.gov.co>
- Molina, Carlos, G; Guideón, Ursula, 1994. «Análisis nacional de cobertura y utilización de servicios y gastos en salud. Con base en la Encuesta nacional de hogares de 1992». En: *Coyuntura social*. N. 11. Bogotá. Colombia. Noviembre. P. 75.
- Mora, Humberto; Malabet, María Pía, 1998. «Utilizaciones de servicios del plan obligatorio de salud subsidiado en una muestra de administradoras del régimen subsidiado en Bogotá». En: *Coyuntura social*. N. 19. Noviembre.
- Phelps, Charles, 1997. *Health Economics*. Addison Wesley. Capítulo 11.
- Plaza, Beatriz; Barona, Beatriz, 1998. «Resultados de la implementación del régimen subsidiado». En: *Coyuntura social*. N. 19. Noviembre 1998.
- Profamilia, 2000. «Afiliación al sistema nacional de salud: niveles y percepciones». En: *Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta nacional de demografía y salud 2000*. Capítulo XIII. Resultados. Bogotá. P. 194.
- Restrepo, Jairo, 1998. «Monitoreo local de la reforma al sector salud». En: *Coyuntura social*. N. 18. Bogotá. Mayo. Pp. 173-195.
- Restrepo, Jairo H., et al., 2001. «Economía de la salud en Antioquia. ¿Qué queda de la ley 100?». En: *Observar*. N. 4. Medellín.
- Restrepo, Jairo; Arango M.; Casas, L., 2002. «Estructura y conducta de la oferta del seguro de salud en Colombia». En: *Lecturas de economía*. N. 56. Enero-junio.
- Ruiz, Fernando, et al., 1999. *Entorno, aseguramiento, y acceso al régimen subsidiado en Colombia. Seis casos de estudio*. Cendex. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Schieber, George J., 1997. «Innovations in Health Care Financing». Proceedings of a World Bank Conference, *World Bank Discussion Paper* N. 365. Washington, D.C. March. Pp. 10-11.



OPS-OIT, 1999. *Síntesis de estudios de caso de microseguros y otras modalidades de protección social en salud en América Latina y el Caribe*. México.

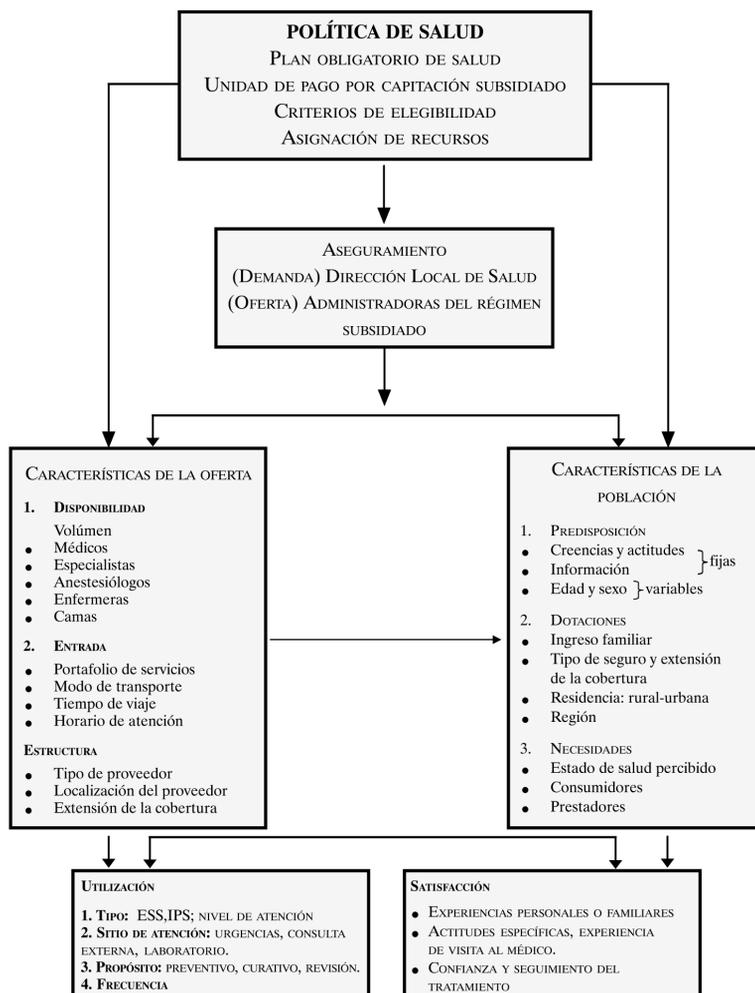
Tono, Teresa, 2000. «Acceso a los servicios de salud en Colombia: efectos del ingreso y de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de servicios médicos». En: *Coyuntura social*. Fedesarrollo. N. 23. Noviembre. Pp. 143-167.

Vega, R, Román, 2000. «Evaluación de políticas de salud en relación con justicia social. Una aproxima-

mación metodológica crítica, igualitaria, y pluralista». Documento presentado en el Seminario de pensamiento en salud pública, en la Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Inédito. Medellín. P. 5-7.

Whitehead, Margareth, 1991. *Los conceptos y principios de la equidad en salud*. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS). Programa de Desarrollo de Políticas de Salud. Washington. Diciembre. Folleto fotocopiado.

ANEXO 1 ESQUEMA: CONDICIONES DE ACCESO AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD EN COLOMBIA.



Fuente: Esquema adaptado de Aday y Andersen (1974)

ANEXO 2
ACCESO POTENCIAL
BASE: INDIVIDUOS QUE PERCIBEN UN MUY BUEN ESTADO DE SALUD
Y QUE VIVEN EN LAS CABECERAS MUNICIPALES

Variables	Coefficientes	P > z		Efectos marginales
Edad	-0.1507	0.006	Edad	-0.00039
Genero	0.0628	0.721	E.S. bueno	-0.00138
Estado civil	-0.0980	0.142	NBI	-0.00169
Estado de salud bueno	-0.5322	0.070	Centro poblado	-0.00248
Estado de salud regular	0.3127	0.284	Rural disperso	-0.00056
Estado de salud malo	0.1711	0.670	Pago de transporte	-0.00612
NBI	-0.6521	0.000		
Centro poblado	-0.9608	0.005		
Rural disperso	-0.2180	0.006		
Pago de transporte	-23.686	0.000		
Constante	34.668	0.000		

Observaciones = 1687; LR $\chi^2(10) = 213.28$; Prob > $\chi^2 = 0.000$; Pseudo R² = 0.1821; Log Likelihood = -478.83.

Fuente: ECV 1997. cálculos de los autores.

Nota: en este modelo, el efecto de edad es lineal y NBI es una variable dummy que asigna el valor de 1 a los pobres y 0 a los no pobres.

ANEXO 3
A. COMUNIDAD RURAL POBRE: USO DE SERVICIOS DE SALUD
POR RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL (1997, 2001)

Régimen	Contributivo		Subsidiado		Vinculado	
	1997	2001	1997	2001	1997	2001
1. Población						
No de personas	563	480	5395	5455	1264	1530
%	8	6.4	74.7	73	17.5	20.6
2. Facturación enero-junio 97						
Consulta médica No	732	1344	2158	5237	632	837
%	20.8	18.7	61.2	70,3	18.0	11
Frecuencia (consulta/persona-año)	1.3	2.8	0.4	0.96	0.5	0.53
Urgencias No.	225	235	377.7	1200	505	275
%	20.3	13.7	34.1	70.1	45.6	16.2
Frecuencia (urgencias/persona-año)	0.4	0.49	0.07	0.22	0.4	0.18
Hospitalización No.	56	48	215.8	273	88	95
%	15.5	11.5	60	65.6	24.5	22.9
Frecuencia (hosp.perona-año)	0.1	0.1	0.04	0.05	0.07	0.06

Fuente: ESE - Hospital local. Sistema de facturación.



**B. CENTRO REGIONAL CAFETERO: EQUILIBRIO FINANCIERO
UPC RÉGIMEN SUBSIDIADO, 2000
(EN MILLONES DE PESOS)**

Servicio	% UPC	Valor UPC	Valor facturado	Diferencia
Consulta general	8,08	116.510.772	122.304.883	-5.794.111
Urgencias	5,47	78.875.496	83.240.351	-4.364.855
Medicamentos	12,97	187.022.868	337.826.632	-150.803.764
Salud oral	12,14	174.309.062	71.861.967	102.447.095
Lab. 1er nivel	4,51	64.888.962	67.342.171	-2.453.209
Rayos X 1er. Nivel	1,00	14.387.797	13.135.337	1.252.460
Eco obstetr.	0,42	6.042.874	13.893.275	-7.850.401
Hosp.pve <1ª.	5,20	75.018.108	46.342.588	28.675.520
Total	49,79	717.055.939	755.947.204	-38.891.265

Fuente: ESE - Hospital local. Sistema de facturación.