

NOTA DE ACEPTACION

JURADO

**SEGURIDAD SOCIAL: CRISIS HOSPITALARIA DEL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD PÚBLICA EN EL PERIODO 1994-2005**

**PASANTIA DE INVESTIGACION EN EL CENTRO DE ESTUDIOS
SOBRE SEGURIDAD SOCIAL Y DESARROLLO CESSDE DE LA
CONFEDERACION DE PENSIONADOS DE COLOMBIA.**

**PASANTE
YENY MILENA CONTRERAS CAICEDO
10982012**

**DIRECTOR:
GUSTAVO GARCIA FLOREZ**

**UNIVERSIDAD DE LA SALLE
FACULTAD DE ECONOMIA
BOGOTA D.C.
2007**

SEGURIDAD SOCIAL: CRISIS HOSPITALARIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA EN EL PERIODO 1994-2005

Yeny Milena Contreras Caicedo

Resumen

En este documento se analiza el funcionamiento del sistema de salud colombiano antes y después de la reforma de 1993, objetivos propuestos y finalmente alcanzados, haciendo énfasis en la crisis del sector público hospitalario; teniendo en cuenta que los principales clientes de estas instituciones es la población pobre no asegurada, denominados por la Ley 100 de 1993 como “**vinculados**” los cuales están a cargo del Estado. Se concluye en cuanto al sistema de salud que los objetivos trazados en la reforma de la Ley 100 de 1993 no se han cumplido, actualmente se gasta el doble en salud en Colombia y la cobertura de la población ha bajado. En relación, con la crisis del sector público hospitalario se concluye que entre las principales causas de la crisis se encuentran la cuantiosa deuda que ha adquirido el Estado por concepto de la atención de los vinculados y la demora en el flujo de los recursos.

Palabras clave: reforma, crisis, sector público, población pobre, asegurada, Estado, deuda, flujo de recursos.

ABSTRACT

In this document we present the way the Colombian System of health appears before and after the reform Of 1993, objective proposed and finally reached; Making emphasis in the crisis of the hospitable public sector; considering that the main clients of these Institutions is the poor population, with no insurance denominated by law 100 of 1993 like “**associates**” which Are in charge of the State. Concluding the document that between the main causes of the crisis is the numerous debt that the State took in favor of concept of the attention of the tie ones has acquired and the Delay in the flow of the resources.

Keywords: reform, crisis, public sector, poor population, assured, Benn, debt, flow of resources.

AGRADECIMIENTOS

Los más sinceros agradecimientos en primer lugar a Dios y a mi familia y en segundo lugar a todas las personas que tuvieron que ver con el desarrollo de esta investigación entre quienes se encuentran; el asesor Dr. Gustavo García Florez, quien fue el guía y revisó el documento realizando valiosos comentarios, a el Jurado de la investigación Dr. Carlos Meza Carvajalino, a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHCY) y por último a la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud su representación en Colombia OMS/OPS por su colaboración y la facilitación de documentos y estudios realizados.

INDICE

Introducción

CAPÍTULO I BIENES PUBLICOS

1. Bienes públicos	1
2. Fallas del mercado	3
3. La Salud como Bien Público	5
4. Capital humano	6

CAPITULO II NORMATIVIDAD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS) DE COLOMBIA

	Pág.
1. Ley 10 de 1990	9
2. Ley 60 de 1993 (agosto 12)	9
3. Ley 100 de 1993	10
4. Decreto número 2174 de 1996 (noviembre 28)	14
5. Decreto No 1804 de 1999 (Septiembre 12)	14
6. Decreto No. 047 de 2000 (Enero 19)	15
7. Ley 715 de 2001 (diciembre 21)	15
8. Decreto No. 2309 de 2002 (15 OCT)	17

CAPÍTULO III SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

1. Funcionamiento	18
2. Aseguramiento	20
3. Relación empleo con Cobertura en Salud	22
4. Cobertura	25
5. Financiación	31

5.1. La Financiación y Operación del Régimen Contributivo	.....34
5.2. Financiación del Régimen Subsidiado	.....35
5.3. La Financiación y Operación del Régimen para los Vinculados Transitorios	..36

CAPÍTULO IV

CRISIS HOSPITALARIA DE LA RED PÚBLICA COLOMBIA

1. Sector hospitalario antes de 1993	.....38
1.1. Financiación	.....38
1.2. Situación presupuestal	.....38
1.3. Cobertura	.....38
1.4. Calidad de los servicios	.....39
2. Sector hospitalario después de la ley 100 de 1993	.....39
2.1. Financiación	.....40
2.2. Cobertura	.....41
3. Resultados de la reforma	.....42
3.1. Calidad	.....46
3.2. Situación presupuestal y de resultados financieros	.....50
3.3. Cartera de la Red Pública Hospitalaria	.....55

CAPÍTULO V

CRISIS DEL SISTEMA PÚBLICO HOSPITALARIO EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

1. Crisis hospitalaria58
-------------------------------	---------

CAPÍTULO VI

Recomendaciones y conclusiones61
---------------------------------------	---------

Bibliografía64
---------------------	---------

INTRODUCCION

La salud es un derecho irrenunciable e inalienable que tienen todas las personas el cual debe estar garantizado por el Estado, con participación de la comunidad y siguiendo los principios clásicos de la seguridad social: universalidad, solidaridad y eficiencia, según lo consagrado por la Constitución Política de 1991. En la actualidad el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que implementó en Colombia la Ley 100 de 1993 ha sido objeto de un sin número de críticas; una de ellas por el no cumplimiento de su objetivo principal el cual era lograr la cobertura universal para el año 2000 y otras por la crisis que vienen atravesando los hospitales públicos del país; debido a esto se ve la importancia de realizar un estudio al respecto, en el cual se analice el Sistema de Salud que existía antes de la Ley 100 de 1993, la normatividad que acompañó la ley 100, la posterior puesta en marcha de esta Ley e implementación y funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por último la crisis hospitalaria. Para esto en el primer capítulo de esta investigación se hace una breve reseña sobre la normatividad más importante en que se basó el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En el capítulo segundo se describe el funcionamiento del actual SGSSS sus entidades, fuentes e ingresos y gastos creados por la Ley 100, las metas propuestas y finalmente alcanzadas. Todo lo anterior da paso al capítulo tercero, en el cual se realiza un análisis de la crisis que viene padeciendo el sistema público hospitalario, donde se describe sus causas, consecuencias, el estado de la cartera en mora, medidas propuestas y puestas en marcha, haciéndose evidente la cuantiosa deuda que el Estado ha adquirido con estas instituciones por concepto de la atención a la población más pobre no asegurada. En el capítulo cuarto se hace un análisis muy similar al del capítulo anterior pero para el caso específico del departamento de Santander donde sobresale la crisis que afecta a por lo menos el 90 por ciento de los 42 hospitales que conforman la Red Pública. Por último, en el quinto capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

BIENES PUBLICOS

1. BIENES PUBLICOS

Según Amartya Sen (1998), el proceso de desarrollo no consiste esencialmente en entender la oferta de bienes y servicios; sino las capacidades de la gente. *“Necesitamos prestar mas atención en crear y asegurar los derechos convertirlos en capacidades”*.

Un bien público es todo aquel producto o servicio que causa externalidades positivas, es decir, que tiene efectos positivos sobre terceros que no han participado en la transacción. Los bienes públicos reúnen dos características: son de naturaleza no-excluyente y de consumo no-rival. Esto significa, de un lado, que no puede impedirse que los que no pagan hagan uso del producto/servicio, y de otro, que el hecho de que alguien lo consuma no disminuye la cantidad disponible para los demás. En este contexto aparece el denominado free-rider, o usuario no-comprador, que es aquél que consume el producto sin pagarlo.

Se argumenta esto en el caso de los bienes públicos, puesto que la gente puede consumirlos sin necesidad de pagar por ellos, habrá una tendencia a convertirse en free-rider y esperar que sean otros los que sufraguen los costes de producirlo, de modo que al final el bien no se producirá o se producirá en niveles subóptimos, esto es, en una cantidad menor de la que se hubiera producido en el caso de que todos los interesados hubiesen pagado. El mercado no sería capaz de producir ese bien en la cantidad deseada por los consumidores. En este caso el Estado debería hacerse cargo de la provisión del bien público para que éste se produjera en la cantidad deseada por los consumidores; en contraprestación el Estado cobraría un impuesto o tasa y sufragaría los gastos.

Ejemplos de bienes públicos citados habitualmente son la defensa nacional, la enseñanza, la cultura, las infraestructuras (presas, autopistas, carreteras, calles, alcantarillado, parques...), la investigación y el desarrollo, las ayudas a los necesitados, la ausencia de contaminación etc. Se asegura que el Estado no tiene absolutamente ningún modo de medir cuál es la cantidad óptima de un producto. No puede saber a cuántos ciudadanos reporta satisfacción el bien público ni si están dispuestos a renunciar a las alternativas para pagarlo. Cuando el

Estado provee bienes públicos carga impuestos a todos los ciudadanos: no sabe cuántos de estos valoran el bien público ni cuántos no lo valoran en absoluto; ni sabe si los que lo valoran, a pesar de valorarlo, preferirían gastar el dinero en otras alternativas.

Fue PAUL SAMUELSON (1995) quien sistematizó la idea de bienes de consumo colectivos o bienes públicos. Se dice que un bien público es aquel que produce efectos sobre quienes no han participado en la transacción, es decir aquellos que producen efectos para terceros o externalidades que no son susceptibles de internacionalizarse.¹

Según González (2001), la naturaleza del bien y la financiación podrían calificarse como de no mercado y de mercado. En la primera de no mercado la salud es un bien de naturaleza pública y se financia mediante un principio amplio de equidad. Desde el ángulo del mercado, el bien es privado y se financia a través de la tarifa, o el pago directo que se determina de acuerdo con el valor de la prestación. Los sistemas de salud en el mundo no se han quedado amarrados a la tarifa porque se reconoce que esta no es suficiente para garantizar sostenibilidad financiera del sistema y se ha optado por la financiación a través del aseguramiento².

Los bienes públicos se caracterizan porque tienen dos particularidades la no rivalidad y la no exclusión. La no rivalidad, significa que cada persona puede disfrutar del bien, sin importar el número de personas que tienen acceso al bien. La no exclusión quiere decir que todas las personas de la sociedad tienen derecho a acceder al bien; lo cual, significa que se presentan externalidades, es decir como hay gente que se beneficia del bien sin haber contribuido a su financiación (free-riders)³, los bienes públicos deben ser provistos por el gobierno.

Las características de no-exclusividad y consumo no-rival son relativas; según Paul Samuelson (1995) un bien es no-excluyente cuando al producirse se produce para todos.

¹ Bienes públicos externalidades y los free- riders el argumento considerado Alberto Benegas - Linch

² La salud el aseguramiento y la equidad Jorge Iván González Abril 02/01

³ A la espera de que otro sea quien lo produzca y por tanto, cargue con los gastos correspondientes

Pero en realidad no hay prácticamente ningún bien de este tipo, que una vez producido esté disponible al mismo tiempo para todos los individuos del planeta. Como apunta Kenneth Goldin *"los bienes públicos están disponibles para todos dentro de un grupo específico"*. La conclusión de Goldin es que la no-exclusión siempre tiene límites, lo cual también afectaría al concepto de consumo no-rival, pues a partir de cierto punto el consumo de unos privaría a otros de consumir el bien.

Los bienes públicos, las fuerzas del mercado no podrían asignarlo de manera eficiente, por que por una parte existen problemas para determinar un precio adecuado, por otra parte si se pudiera establecer un precio habría problemas de cobro. Cuando el sistema de precios funciona, el precio de mercado funciona, como una señal de guía de las decisiones tanto de compradores como de vendedores. Cuando un bien no tiene precio, los mercados privados no pueden garantizar que este se producirá y se consumirá en las debidas cantidades, por lo tanto el Estado puede ayudar a corregir esta falla de mercado y mejorar el bienestar social.

2. FALLAS DEL MERCADO

Fallas del mercado las externalidades en general son interdependencias no compensadas, pueden surgir por costos o beneficios no pagados por los individuos a través del funcionamiento espontáneo del mercado o para corregir estos fallos se diseñan sistemas compensatorios de impuestos y subsidios indirectos.

Existen varias fallas posibles del Estado siendo tal vez lo relacionado con la impureza de los bienes públicos el tema de mayor coincidencia en las diferentes teorías económicas. Por ejemplo los bienes impuros de consumo conjunto o colectivo como si fuesen bienes públicos como el uso indebido de recursos públicos.

Las fallas del mercado llevan a que los equilibrios no sean óptimos de Pareto; esto lleva a que se habrá las posibilidades para que opere un regulador ya que si se deja actuar libremente al mercado no se alcanzara un óptimo de Pareto.

El punto de vista ortodoxo sostiene que el mercado genera resultados subóptimos en determinadas circunstancias. Es lo que se conoce con el nombre de "fallos del mercado". Según este punto de vista la intervención del Estado en dichos casos sería necesaria para corregir la disfunción y propiciar un resultado óptimo. Entre estos fallos del mercado encontraríamos, por ejemplo, los atinentes a los bienes públicos, las externalidades negativas, la asimetría de información, la selección adversa o el riesgo moral⁴.

Otra falla que se presenta es que los bienes públicos tienen externalidades muy positivas lo que ocasiona que el mercado no los produzca por no ser rentables, es decir, el mercado no proveerá de estos bienes a los consumidores, y en este caso el gobierno debe producirlos para que la gente tenga acceso a estos bienes.

Según los expertos, el mercado falla cuando no entrega la cantidad de bienes y servicios considerada como el óptimo social, y esto ocurre cuando hay monopolios naturales, externalidades y bienes públicos. Los *monopolios* maximizan sus ganancias en puntos donde el precio es mayor y la cantidad es menor que el óptimo social. Las *externalidades* son beneficios y costos que surgen a raíz de la actividad económica de una empresa o persona, pero que ésta no recibe esos beneficios o no paga esos costos.

Los economistas convencionales, han propuesto la intervención del Estado, para producir él mismo cuando los bienes son públicos, y regular las empresas, en otros casos. Para que el Estado cumpla bien ese rol de corregidor de las fallas del mercado se requiere según ellos que tenga características como: es necesario (1) que el Estado sea completamente neutral; es decir, que no tenga vida o intereses propios y que no pueda favorecer a ningún grupo sobre otro; (2) que como empresario, provea sólo los bienes estrictamente públicos y (3) que no viole ningún derecho individual de los ciudadanos, especialmente el derecho a la propiedad; lo que implica, entre otros, que no exija impuestos.

Según varias teorías las fallas de mercado se deben a múltiples factores, entre los que se encuentran:

⁴ Bienes públicos: fallo del mercado o coartada del Estado, Albert Esplugas Boter , 21 de junio de 2006

1. **Fallos de la competencia:** para que funcione la "mano invisible" se necesita competencia y ahí que controlarla. Existen dos tipos de monopolios: los naturales y los creados por el estado. La fijación política de los precios implica un descenso de bienestar el monopolista produce hasta el punto en que el ingreso marginal sea igual al coste marginal. La diferencia entre el ingreso marginal y el coste marginal es la pérdida de bienestar
2. **Bienes públicos:** existen bienes que, o bien no son suministrados por el mercado, o lo son en cantidad insuficiente. Este hecho justifica la intervención.
3. **Externalidades:** son actos de personas o empresas que afectan positivamente o negativamente a otros agentes. Los impuestos en los que personas imponen costes son externalidades negativas y viceversa desde el punto de vista ciudadano, el que realiza externalidades negativas no las sufre. Esto justifica la intervención.
4. **Mercados incompletos:** aquel mercado en el que los mercados privados no suministren un bien aún cuando el coste es menor que el precio. Mercado completo es aquel que si el precio es mayor que el coste se suministran los bienes y servicios.
5. **Fallos de información:** partimos de que la información es un bien público. La información debe ir más allá de simples medidas de protección al consumidor.
6. **Paro, inflación y desequilibrio:** son los factores más significativos para demostrar fallo del mercado, y son elementos que justifican la intervención para corregir los desequilibrios.

3. LA SALUD COMO BIEN PÚBLICO

ARROW (1963,1965). Diferencia la salud de los servicios médicos, considera que la teoría económica puede estudiar mejor la oferta y la demanda de servicios médicos que el mercado de la salud. La salud es un concepto más comprensivo y considerablemente más complejo que los servicios médicos Arrow llega a una conclusión: los servicios médicos son un bien muy especial y como tal no pueden ser estudiados a partir de los principios convencionales de la oferta y la demanda. Para Arrow cualquier aproximación a la salud debe realizarse partiendo del principio de que los criterios del mercado son insuficientes.

Su credo básico podría expresarse así; todos estamos mejor si la lógica del mercado se generaliza; por que los bienes privados tienen la ventaja de ser valorados fácilmente a

través del sistema de precios. En los bienes públicos, los precios no operan por que las personas no tienen la posibilidad de expresar sus preferencias.

Si la salud se considera un bien público, entonces es fundamental la participación del Estado en la regulación provisión por financiación de los servicios; pero si la salud es vista como un bien privado, se buscará desarrollar los mecanismos de mercado más apropiados, para dinamizar la oferta y la demanda.

Los bienes públicos acarrear beneficios que no pueden ser circunscritos fácilmente a un único comprador una vez que se les aporta son numerosos quienes pueden disfrutar de tales bienes gratuitamente.

4. CAPITAL HUMANO

El Capital Humano en la mayoría de libros y teorías económicas es definido como el aumento en la capacidad de la producción del trabajo alcanzada con mejoras en las capacidades de trabajadores. Estas capacidades realizadas se adquieren con el entrenamiento, la educación y la experiencia; se refiere al conocimiento práctico, las habilidades adquiridas y las capacidades aprendidas de un individuo.

El economista Alfred Marshall, en su obra Principios de Economía, enunció que “El capital más valioso de todos es el que se ha invertido en seres humanos” (Marshall, 1930, pp. 787-8). Sin embargo, la ciencia económica comienza de verdad a tomar en cuenta el papel del capital humano a partir de los aportes de Schultz (1961) quien planteó por primera vez: *“Aunque el hecho de que los hombres adquieren habilidad y conocimientos útiles es algo evidente, no es evidente, sin embargo, que habilidad y conocimientos sean una forma de capital, que ese capital sea en gran parte un producto de la inversión deliberada, que en las sociedades occidentales ha crecido a un ritmo mucho más rápido que el capital convencional (no humano), y que su crecimiento bien puede ser el rasgo más característico del sistema económico”*.

Gary Becker comenzó a estudiar las sociedades del conocimiento y concluyó con su estudio que su mayor tesoro era el capital humano que estas poseían, esto es, el conocimiento y las habilidades que forman parte de las personas, su salud y la calidad de sus hábitos de trabajo, además logra definir al capital humano como importante para la

productividad de las economías modernas ya que esta productividad se basa en la creación, difusión y utilización del saber. Pero, el progreso tecnológico sostenido, y la necesidad de potenciar la Innovación, resaltan en la última década en primer lugar la necesaria inversión en dar conocimientos, formación e información a las personas, para que esto se revierta a su vez en más innovación.

Autores como Fischer, S., Dornbusch, R. y Schmalensee, R. (1999) señalan que Capital Humano se desarrolla para explicar la relación de la educación y experiencia con la remuneración, y conocer qué determina la educación que reciben los individuos, y dicen que: *“Es el valor del potencial de obtención de renta que poseen los individuos... incluye la capacidad y el talento innatos, así como la educación y las calificaciones adquiridas”*.

En una empresa ya sea a nivel micro o macro y en el Estado cada factor productivo debe trabajar de manera eficaz en el logro de los objetivos propuestos; y es aquí donde se debe reconocer al recurso humano como capital humano, es a este factor el cual debe considerarse importante para aumentar sus capacidades y elevar sus aptitudes para que pueda entregar lo mejor de si a su trabajo, sintiéndose conforme con lo que realiza.

Antes se consideraba que la prioridad era el desarrollo económico y que luego vendría todo lo demás, educación, vivienda y salud, hoy es diferente ya que la vinculación entre educación y progreso económico es esencial. Becker lo puntualiza de la siguiente manera: " La importancia creciente del capital humano puede verse desde las experiencias de los trabajadores en las economías modernas que carecen de suficiente educación y formación en el puesto de trabajo".

Un buen sistema educativo y un buen sistema de formación profesional son considerados elementos fundamentales no solo para el crecimiento y desarrollo a largo plazo, sino también para poder competir en un mundo cada vez mas internacionalizado. Los trabajadores pueden ser más productivos mejorando su salud física o mental y trasladándose de lugares y puestos de trabajo en los que su productividad es relativamente baja a lugares y puestos en los que sea relativamente alta.

De un modo general se entiende que la salud es un objetivo fundamental del desarrollo, así como un importante resultado de éste, la importancia de invertir en salud para fomentar el desarrollo económico y reducir la pobreza se ha valorado en una medida mucho menor. Se ha constatado que ampliar la cobertura de los servicios de salud esenciales destinados a los pobres del mundo, incluido un número relativamente reducido de intervenciones específicas, podría salvar millones de vidas al año, reducir la pobreza, estimular el desarrollo económico y promover la seguridad mundial, lo que aumentaría la longevidad, la productividad y el bienestar económico de los pobres.

La seguridad social es una variable muy importante que esta relacionada directamente con el capital humano, la salud, el bienestar, el crecimiento y el desarrollo debido a que el mejoramiento del Capital humano implica una mayor productividad de los trabajadores, esto se da en la medida en que se le provean de los recursos necesarios y de las condiciones físicas y mentales en que se encuentre ese capital humano, lo anterior se podría conseguir en cierto modo cuando el individuo se encuentre afiliado a un sistema de salud que le pueda generar atención medica prioritaria para prevenir enfermedades y estar en un mejor estado físico y mental que se convertiría en mayor bienestar, eficiencia y productividad del trabajador. A su vez el sistema de salud podría ser un indicador de empleo debido a que generalmente las personas que se encuentran afiliadas a un sistema de salud es por que estas vinculadas laboralmente. Caso contrario podría llegar a convertirse en un indicador de desempleo en la medida en que se retiren personas del sistema de salud, estaría indicando que se esta incrementando el desempleo, generando a su vez una crisis social porque se generaría delincuencia, violencia, empleo informal, menos personas cubiertas por el sistema de salud, en fin un gran número de problemas sociales y se vería esto reflejado en la calidad de ese capital humano y en el crecimiento y desarrollo de la economía del país. Al encontrarse un individuo en mal estado de salud esto genera una perdida de bienestar para el individuo.

CAPITULO II

NORMATIVIDAD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

1. Ley 10 de 1990

Esta Ley estableció competencias claras, para la atención médica; pretendió en la parte financiera estimular las fuentes existentes, reordenar su uso y crear un nuevo recurso fiscal; para lograr esto hizo un ajuste a la base de liquidación del situado fiscal⁵, fijó un nivel de participación de mínimo el 4% de los ingresos corrientes de la Nación, destinó un mínimo del 50% de este recurso para la atención del primer nivel asignado al municipio y, algo muy importante, prohibió destinar el situado fiscal al funcionamiento⁶ de los servicios de salud.

2. LEY 60 DE 1993 (agosto 12)

Trató el tema de las competencias de los municipios, las cuales deberían ser según esta Ley: dirigir, prestar o participar en la prestación de los servicios directamente o a través de las dependencias de la organización central o de las entidades descentralizadas municipales correspondientes. Realizar las acciones de fomento de la salud, prevención de la enfermedad, asegurar y financiar la prestación de los servicios de tratamiento y

⁵ En el artículo 32 de la Ley 10 de 1990 definió el valor del Situado Fiscal para la salud de la siguiente manera: “A partir del presupuesto de 1991, el valor anual de los ingresos ordinarios de la Nación con destinación para salud, será igual al valor resultante de aplicar el cuatro por ciento al total de los ingresos corrientes de cada anualidad fiscal. El porcentaje señalado, se incrementará, acumulativamente, hasta en 1/2 punto porcentual en cada vigencia, si los ingresos corrientes de la Nación aumentaran más que el índice general de precios al consumidor, y sin que el valor del situado fiscal considerado globalmente, llegue a sobrepasar el 25% de los ingresos ordinarios”.

El Situado Fiscal se encuentra definido en el artículo 356 de la Constitución Política de 1991 como: “el porcentaje de los ingresos corrientes de la nación que será cedido a los departamentos, el distrito capital y los distritos especiales de Cartagena, Santa Marta y Barranquilla, para la atención directa, o a través de los municipios, de los servicios que se le asignen.

Los recursos del Situado Fiscal se destinarán a financiar la educación preescolar, primaria, secundaria y media, y la salud, en los niveles que la Ley señale, con especial atención a los niños.

La Ley fijará los plazos para la cesión de estos ingresos y el traslado de las correspondientes obligaciones, establecerá las condiciones en que cada departamento asumirá la atención de los mencionados servicios y podrá autorizar a los municipios para prestarlos directamente en forma individual o asociada. No se podrán descentralizar responsabilidades sin la previa asignación de los recursos fiscales suficientes para atenderlas”.

⁶ Los gastos de funcionamiento de las dependencias y organismos de dirección, de cualquier nivel administrativo, deberán ser financiados con los recursos ordinarios del presupuesto seccional y local, con las rentas de recaudo seccional, cedidas por la Nación, y otras rentas de destinación específica para salud diferentes al situado fiscal.

rehabilitación del primer nivel de atención de la salud de la comunidad. en el artículo 10 esta Ley trató el tema del situado fiscal, el cual según lo dispuesto en el artículo 356 de la Constitución Política debe ser un porcentaje creciente de los ingresos corrientes de la nación y como mínimo la salud debía tener los siguientes niveles de participación en ellos:

- a) Para el año de 1994: 23%
- b) Para el año de 1995: 23.5%
- c) Para el año de 1996: 24.5%

Esta Ley obligaba a los departamentos a que del valor total asignado a cada uno destinaran como mínimo el 60% para educación y el 20% para salud. También se obligaba que como mínimo del 20% del situado fiscal destinado a salud el 50% debiera aplicarse al primer nivel de atención. Cada nivel territorial debía en ese entonces aplicar al menos cinco puntos porcentuales a prevención de la enfermedad y fomento de la salud.

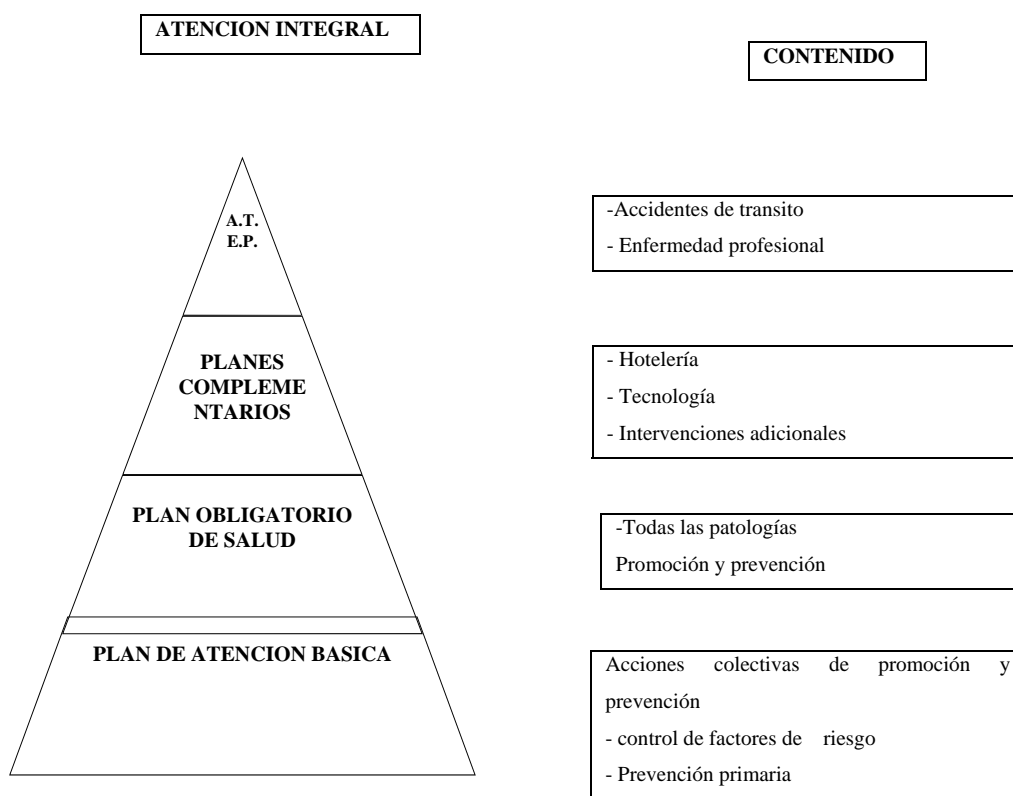
3. Ley 100 de 1993

Fueron muchos los factores que influyeron y evidenciaron el mal funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) que existía antes del año 1993 y que indujeron notablemente para que este se modificara y fuera puesto en marcha un ambicioso plan para reformar el sistema; entre algunos de esos factores se podrían mencionar: la baja calidad de los servicios ofrecidos, escasa cobertura⁷ precariedad en el suministro de atenciones y la ineficiencia en la utilización de los medios, especialmente el sector oficial; el sistema era centralizado, las instituciones eran totalmente dependientes, razón que hizo pensar en un sistema que fuera totalmente descentralizado en el cual se prestara un verdadero aseguramiento a todos los colombianos sin discriminación alguna; por eso fue creada la **LEY 100 DE 1993**, con la cual se inició en Colombia unos profundos y exhaustivos cambios en la administración y prestación de los servicios de salud. Esta Ley modificó diferentes aspectos de prestación de servicios de salud, pensiones, riesgos profesionales y servicios sociales complementarios, teniendo como su objetivo principal el incremento del número de asegurados, mayor equidad en la cobertura, disminución de la mortalidad

⁷ Que se originaba por el alto costo de los servicios, las barreras de acceso de tipo cultural. Geográfico, recursos y la no asistencia a los centros de salud entre otras.

infantil la cual se debía alcanzar con el incremento en la cobertura y las campañas de prevención y mayor acceso a servicios sociales prenatales y partos. Creó el Sistema General de Seguridad Social el cual está conformado por el Sistema General de Pensiones y por el Sistema de Seguridad Social en Salud, Riesgos Profesionales y Servicios Sociales Complementarios que incluye el Plan de Atención Básica (PAB) el Plan Obligatorio de Salud (POS) con sus dos regimenes el Contributivo y el Subsidiado, la protección materno infantil, riesgos catastróficos, accidentes de transito, desastres naturales y terrorismo; se establecen las veedurías comunitarias y se crea la Superintendencia Nacional de Salud, todo esto se presenta en forma didáctica en el esquema 1.

Esquema 1. PLANES DE BENEFICIOS INICIO DEL SGSSS



Fuente: MINSALUD – OPS 2001

El Sistema General de Seguridad Social incorporó para la prestación óptima, efectiva y eficiente de los servicios de salud dos planes de beneficios los cuales son: el **PAB**, el cual incluye las actividades dirigidas únicamente a la colectividad, y el **POS**, cuyos servicios están enfocados hacia el individuo. El PAB se financia mediante recursos fiscales provenientes de las participaciones en los ingresos corrientes de la nación: cinco puntos del monto total del situado fiscal en salud, recursos de la subcuenta del FOSYGA los cuales son determinados y destinados por el Consejo Nacional de Seguridad Social y recursos nacionales. El POS se financia primordialmente por recursos fiscales provenientes de la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación, del situado fiscal y de las rentas cedidas por la nación a los entes territoriales y por último con recursos provenientes del régimen contributivo FOSYGA.

El sistema funciona administrado por intermediarios públicos y privados, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para el Régimen Contributivo, las cuales son empresas responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Por cada afiliado las EPS reciben una Unidad de Pago por Capitación (UPC) que es establecida periódicamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS); esta UPC se establece en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad y tecnología.

Así mismo, se creó el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) organismo colegiado con funciones decisorias el cual se pretendía fortalecer la dirección del sistema, este ente se encarga de la administración de los recursos; lo que significa la responsabilidad del Estado en la financiación, el fondo está dividido en cuatro subcuentas, que son:

1. Compensación.
2. Solidaridad.
3. Promoción y prevención
4. y por último la de accidentes de tránsito, atentados terroristas y catástrofes naturales.

Este fondo delegó a las EPS el recaudo y manejo de los recursos que son propiedad del sistema; pero del monto total recaudado por las EPS (del 12% del salario de los trabajadores y de la mesada de los pensionados), se debe restar los siguientes conceptos:

1. Un punto de los 12 el cual es destinado a la financiación del Régimen Subsidiado.
2. El valor de las UPCs del trabajador y sus familiares inscritos llamados beneficiarios.
3. Un porcentaje para el pago de las incapacidades laborales de sus empleados.

Si luego de haberse llevado a cabo estas deducciones queda algún excedente, este debe ser girado al FOSYGA quien es el encargado de distribuirlo entre aquellas EPS donde se haya generado pérdida⁸.

Con la reforma que se puso en marcha con la Ley 100 de 1993 se crea un nuevo esquema para la financiación, junto con la Ley de descentralización (Ley 60 de 1993) se crearon nuevas fuentes de recursos y también se generó un cambio en el flujo de los mismos⁹. En cuanto a los recursos nuevos del sector se pueden mencionar: 1) Las transferencias municipales¹⁰, 2) el punto de solidaridad, 3) el aporte llamado “**paripassu**” el cual debe hacerlo el Gobierno Nacional a la misma subcuenta de solidaridad¹¹. El aumento de los distintos recursos de origen fiscal en su mayoría están claramente definidos y protegidos tanto en sus montos como en sus asignaciones en primera instancia por la Constitución Política de 1991 y por las Leyes 60 y 100 de 1993; sin embargo recursos como el denominado paripassu o “peso a peso”, como los provenientes de las fuentes propias de los departamentos y municipios quedan en cierta forma supeditados a la voluntad de asignarlos o no del gobernante que esté en ese momento; por otra parte; entre las nuevas fuentes que incorpora la reforma se encuentran i) la Subcuenta de Solidaridad; ii) el Situado Fiscal y iii)

⁸ Mecanismo conocido como solidaridad con el Régimen Subsidiado y compensación.

⁹ La reforma constitucional de 1991 creó las Participaciones Municipales y ordenó su crecimiento progresivo hasta el año 2002, también fortaleció el Situado Fiscal hasta, ordenando su crecimiento hasta llegar a un nivel que “permita atender adecuadamente los servicios para los cuales esta destinado” (Constitución política de 1991, Art. 356)

¹⁰ TRANSFERENCIAS MUNICIPALES: recursos que se giran directamente desde el presupuesto nacional a los municipios

¹¹ En la financiación de la salud la constitución de 1991 creó las Participaciones Municipales y ordenó su crecimiento progresivo hasta el año 2002; también fortaleció el Situado Fiscal, ordenando su crecimiento hasta llegar a un nivel que “permitiera atender adecuadamente los servicios para los cuales está destinado” (Constitución Política, art. 356). Por cada peso que aporte el Régimen Contributivo a la subcuenta de solidaridad, el Gobierno Nacional debía aportar otro peso durante los años 1994, 95 y 96.

las Participaciones Municipales; la creación de estas tres fuentes explica en parte el crecimiento de los recursos públicos de la salud en Colombia.

4. DECRETO NUMERO 2174 DE 1996 (noviembre 28)

Organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como base: la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad y la racionalidad técnica. La calidad integra características adicionales como la idoneidad y competencia profesional, la disponibilidad y suficiencia de recursos, la eficacia, la eficiencia, la integralidad, la continuidad, la atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida.

El artículo 4° de este decreto trató la organización del sistema, al respecto señala que: el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad es el conjunto de instituciones, normas, requisitos y procedimientos indispensables que deben cumplir los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar a los usuarios de los servicios el mayor beneficio, a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible.

5. DECRETO No. 1804 DE 1999 (Septiembre 12)

Este decreto definió a las Empresas Solidarias de Salud (ESS), las Cajas de Compensación Familiar (CCF) y las entidades promotoras de salud (EPS), de naturaleza pública, privada o mixta como las entidades habilitadas para administrar recursos del régimen subsidiado.

También trató sobre el Gasto de Prestación de Servicios del Régimen Subsidiado, definiéndolo como el gasto mínimo de la unidad de pago por capitación del régimen subsidiado destinado a la prestación de servicios, los cuales debían realizarse dentro de la jurisdicción del ente departamental respectivo, con el cual se suscribió el contrato.

Establece los requisitos mínimos que se deben cumplir para la operación del régimen subsidiado, entre los cuales se encuentran:

1. Tener personería jurídica y estar organizadas como Entidades Promotoras de Salud o Empresas Solidarias de Salud.
2. Tener una razón social que la identifique como EPS del SGSSS o ESS.

3. Tener como objeto garantizar y organizar la prestación de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S).
4. Disponer de una organización administrativa y financiera que le permita cumplir con sus funciones y responsabilidades.
5. Acreditar y mantener como mínimo un patrimonio equivalente a 10.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes para la operación del régimen subsidiado.

En el artículo 14 se autoriza y definen los parámetros para la utilización del capital social inicial en los siguientes casos específicos:

1. Cobertura de los gastos que dicho proceso demande.
2. Compra o construcción de inmuebles para uso de la empresa.
3. Compra del mobiliario, equipo y máquinas requeridas para el funcionamiento de la empresa.

El remanente que no podrá ser inferior al cincuenta por ciento (50%) del capital inicial deberá ser invertido en valores de entidades vigiladas por la Superintendencia Bancaria de manera que se garantice seguridad, eficiencia y rentabilidad.

6. DECRETO No. 047 DE 2000 (Enero 19)

Este decreto estableció y definió los parámetros en afiliación, en que casos se es cotizante, beneficiario o adicional; por ejemplo expone que si los dos cónyuges cotizan al sistema se deben afiliar a la misma EPS y los miembros del grupo familiar solo podrán inscribirse en cabeza de uno de los dos, el otro cónyuge puede afiliar a los padres de uno de los cónyuges siempre y cuando dependan económicamente del cotizante, dado el caso que uno de los dos cónyuges perdiera la calidad de cotizante automáticamente el grupo familiar pasa a ser beneficiario del otro conyugue y los padres pasarían con la calidad de adicionales y pagarían la prima correspondiente.

7. LEY 715 DE 2001 (diciembre 21)

A través de esta Ley se dictan normas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de los servicios de educación y salud. Su Art. 1º trata sobre la *naturaleza del Sistema General de Participaciones (SGP)* y al respecto dice: el SGP está

constituido por los recursos que la Nación transfiera por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política a las entidades territoriales, para la financiación de los servicios. El artículo 3° define la conformación del SGP de la siguiente forma:

1. Una participación con destinación específica para el sector educativo, que se denominará participación para educación.
2. Una participación con destinación específica para el sector salud, que se denominará participación para salud.
3. Una participación de propósito general que incluye los recursos para agua potable y saneamiento básico, que se denominará participación para propósito general.

El artículo 4° plantea distribuir las participaciones mencionadas en el artículo anterior así:

La participación para el sector educativo corresponderá al 58.5%,

La participación para el sector salud corresponderá al 24.5%

La participación de propósito general corresponderá al 17.0%

También se define en esta Ley las competencias de la Nación en lo que a salud se refiere de la siguiente manera: la Nación deberá ejercer la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional.

Esta Ley preciso los recursos para financiar las acciones de salud pública, definidas como prioritarias y que se distribuirán entre los distritos, municipios y corregimientos departamentales, con base a los siguientes criterios:

- **Población por atender.** Es la población total de cada entidad territorial certificada por el DANE para el respectivo año.
- **Equidad.** Es el peso relativo que se asigna a cada entidad territorial, de acuerdo con su nivel de pobreza y los riesgos en salud pública.
- **Eficiencia administrativa.** Es el mayor o menor cumplimiento en metas prioritarias de salud pública.

En uno de sus artículos esta Ley trata de la apropiación de los recursos del SGP para salud sobre lo cual define que se hará sobre la base del 100% del aforo que aparezca en la Ley de Presupuesto, se deberá organizar un fondo departamental, distrital o municipal de salud, según sea el caso que debe manejarse como una cuenta especial de su presupuesto. Los

giros se deberán efectuar en los diez (10) primeros días del mes siguiente al que corresponde la transferencia, a los fondos que para el efecto deben crear y organizar las entidades territoriales.

8. DECRETO No. 2309 de 2002 (Octubre 15)

Este decreto definió la atención en salud como: *“el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población”*.

Define la calidad de la atención de salud como la provisión de servicios accesibles y equitativos, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

En su artículo 6° se puntualiza las características que debe tener el sistema de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud las cuales son: Accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad.

CAPITULO III

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

1. FUNCIONAMIENTO

En contraste con el anterior Sistema Nacional de Salud SNS, el nuevo sistema, corresponde a un modelo único de seguros públicos articulado alrededor de cuatro subsistemas concedidos y organizados horizontalmente. Con el nuevo esquema que creó la Ley 100 de 1993 desaparecen los antiguos subsectores (Seguridad Social o de los seguros sociales, Privado, Oficial o Sistema de Salud Pública), los cuales entran a ser remplazados por los regímenes Contributivo y Subsidiado y temporalmente también el de los Vinculados¹²; el cual fue creado mientras ocurría el empalme del sistema, a quienes aun no se hubieran afiliado al Régimen Subsidiado; con la implementación de esto se pretendía eliminar toda clase de duplicidades existentes y así buscar la integración.

Muchos estudiosos del tema entre quienes se encuentran expertos de la Asociación colombiana de Clínicas y Hospitales (ACHC) argumentan que al crear estos dos regímenes también se creó una de las primeras limitaciones de la Ley 100 al estratificar y de cierta forma discriminar la población, porque se creó un sistema para pobres, otro para sectores de ingresos medios y uno para la población más rica (medicina prepagada); lo anterior pone en evidencia que la misma Ley pone tratos diferenciales, que impide y dificulta el fortalecimiento y la construcción de una sociedad justa y menos dividida regida por el Estado Social de Derecho consagrado en la Constitución Política de 1991.

La Ley 100 eliminó los diferentes niveles de cotización y planes de beneficios que existían, se incrementó el monto de cotización, el cual pasó de ser el 7% al 12% sobre los ingresos laborales y pensionales esto se hizo con la intención de que cada cual aportara según su capacidad, recibiendo servicios de salud según su necesidad. Se crearon dos mecanismos que según sus impulsores generaría atributos únicos e indispensables para cualquier sistema de servicios de salud, en primer lugar, un sistema de seguro público en el caso del régimen

¹² Durante el periodo de transición a las personas de bajos recursos sin afiliación a la Seguridad Social en Salud se les consideraba “vinculados” al sistema y se les prestaba los servicios gratuitamente en los hospitales públicos.

subsidiado y un seguro social en el caso de régimen contributivo, todo esto con el propósito de generar equidad. En segundo lugar, un mercado regulado de provisión de servicios con competencia entre los diferentes proveedores; esto con el fin de generar eficiencia y calidad. Lo ideal sería que en el nuevo sistema se compitiera por precio pero no es así el precio en realidad no lo determinan las fuerzas del mercado sino el CNSSS.

En términos de economía de bienestar se dice que el objetivo de cualquier mercado es maximizar los excedentes a favor del consumidor, ya que es función del propio mercado que los precios se ajusten a los niveles más bajos y competitivos posibles, lo que se evidencia es que se daba por hecho que el mercado de la salud era un mercado perfecto; pero la realidad es otra la salud se tiene que enfrentar a un mercado imperfecto, en donde el precio lo establece el CNSSS (UPC, POS).

Según González (2002), la salud es incompatible con un sistema de precios de mercado ya que no es posible sustentar un sistema de salud con base en el principio de que los servicios que una persona obtiene sean correlativos a los servicios que el dinero como bien capital proporcione; expresa que la salud es un bien público y que por el hecho de ser público debe ser y es un bien colectivo, es un derecho de toda la población y el Estado junto con sus gobernantes debe velar por defenderlo y preservarlo; no debe excluir a la población más pobre y vulnerable, que no tiene los medios económicos para acceder a este servicio; se les estaría negando el derecho fundamental a la vida; la salud es un derecho inalienable. (Revista Gerencia y Políticas de Salud, No. 2 Septiembre de 2002).

Esta Ley pretendió generar un sistema de salud, donde ningún segmento o estrato de la población estuviera rezagado y que la población estuviera cubierta por un plan de servicios de salud con acceso a los mismos servicios incluidos en el POS¹³; para lograr esto se

¹³ En el Sistema General de Seguridad Social en Salud se incorporaron en dos formas sus planes de beneficios el **PAB** que incluye las actividades dirigidas a la colectividad, y el **POS**, cuyos servicios están dirigidos al individuo; por ejemplo la libre escogencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe permitir la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurar a los usuarios la libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. La administración de estos dos planes esta a cargo de las

introdujo la afiliación obligatoria para todos los colombianos junto con la incorporación de la libre elección de la (EPS)¹⁴ y de las (IPS)¹⁵; esto traía consigo propender porque se tuviera acceso a todas las IPS¹⁶.

La reforma se propuso como objetivo principal lograr la cobertura universal de todos los colombianos para el año 2001 situación que debería alcanzarse con la ayuda de un buen desempeño macroeconómico, se contaba con que variables como el empleo, crecimiento económico, inflación, PIB entre otras jugaran a favor de la Ley 100 y por ende de cumplir el objetivo de universalidad en la afiliación.

2. ASEGURAMIENTO

Como se sabe el Sistema de Salud que operaba antes lo hacía de una forma monopólica; la Encuesta Nacional de Hogares realizada por el DANE en el mes de septiembre de 1992 arrojó que el 45% de la población colombiana urbana y el 80% de la población rural no estaba protegida por ningún sistema de aseguramiento y dependían en su totalidad por los servicios que prestaban las instituciones públicas o por el sistema privado; la mencionada encuesta dejó claro la desviación de recursos que se presentaba en ese momento, lo que significaba que se encontraba asegurada población que no debería estarlo, porque contaba con los recursos suficientes para adquirir sus servicios de salud, o porque pertenecían a otro sistema, situación que le estaba quitando el derecho y la posibilidad de acceder a los servicios de salud a población necesitada y vulnerable.

Como el objetivo principal de la reforma era lograr la cobertura universal y teniendo en cuenta, que las variables macroeconómicas actuarían a favor se creó una estrategia vital que

administradoras del seguro de salud y la prestación de los servicios, a cargo de los prestadores públicos y privados.

¹⁴ Según el artículo 177 de la Ley 100 de 1993 por definición las Entidades Promotoras de Salud EPS son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía.

¹⁵ La Ley 100 definió a las Instituciones Prestadoras de Salud IPS como entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las Entidades Promotoras de Salud o fuera de ellas.

¹⁶ Con esto se pretendía que el sistema funcionara con una integración horizontal de la población con instituciones especializadas por función. Así la provisión de los servicios se abrió de manera pluralista a todas las instituciones (públicas, privadas y del Sistema de Seguridad Social).

consistió en aumentar y distribuir equitativamente los recursos del sistema, lo cual se lograría al incrementar las contribuciones individuales de los trabajadores y patronos; esta estrategia también incluyó los recursos procedentes de los aportes fiscales y por último jugaría un papel muy importante la eficiencia en la prestación de los servicios de salud pero para que esto funcionara se crearon dos planes de acción los cuales consistían en:

1. Introducir la competencia entre aseguradores para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos¹⁷: bajo el nuevo sistema, toda la población tiene derecho a un paquete único de beneficios y puede escoger libremente entre los aseguradores para afiliarse.

2. Introducir la competencia entre prestadores de los servicios¹⁸: con la implementación de la nueva reforma los hospitales pertenecientes a la red pública no seguirían recibiendo más subsidios a la oferta, por este motivo fue necesario la transformación de los recursos que eran destinados a estos subsidios para destinarlos a recursos para afiliar personas pobres al Régimen Subsidiado; esto significaba que una vez toda la población estuviera afiliada a una EPS o ARS, los hospitales públicos ya no se beneficiarían más con los subsidios de oferta para financiar sus servicios, sino que las aseguradoras comprarían directamente los servicios para sus afiliados a los diferentes prestadores públicos y privados, y estando estos en la obligación de competir por calidad y precio.

La reforma finalmente se puso en marcha estableciendo un modelo de prestación del servicio de salud basado en el aseguramiento y delegando funciones en materia de administración y financiamiento a departamentos y municipios; el esquema introdujo la separación de los servicios individuales y los servicios colectivos en salud dejando a los primeros en manos del mercado y los segundos en manos del Estado; los servicios que en principio no alcanzaran a ser cubiertos por el POS debían ser garantizados por la red de hospitales públicos existentes en el país; en contraprestación el Estado estaba en la obligación de seguir girando los subsidios directos (subsidios a la oferta).

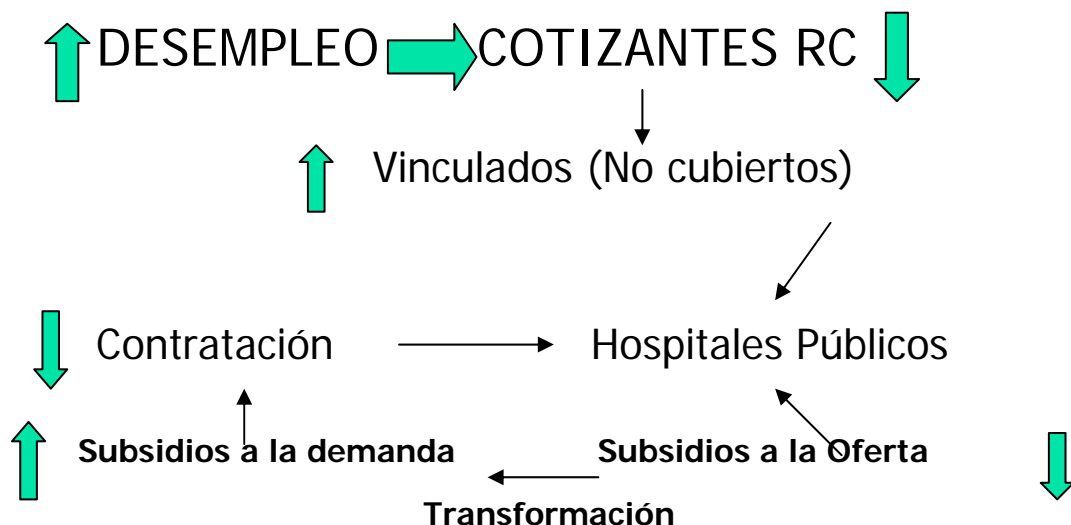
¹⁷ En el sector de seguridad Social, existía un gran asegurado para los trabajadores del sector privado (el Instituto de los seguros Sociales, ISS), uno para el sector público (Caja nacional de Previsión, CAJANAL) y una serie de pequeños aseguradores para entidades públicas de niveles inferiores al nacional; estos aseguradores eran caracterizados por tener poblaciones cautivas, los empleados no tenían opción de escoger entre diferentes aseguradores.

¹⁸ Antes de la reforma los hospitales públicos financiaban su funcionamiento mediante presupuestos históricos (subsidios de oferta) sin que estuvieran relacionados con el volumen de los servicios prestados.

3. RELACION EMPLEO CON COBERTURA EN SALUD

El efecto del desempleo puede analizarse por medio del flujo que se muestra en el gráfico 1, el cual quiere decir que al presentarse en el país un aumento en nivel de desempleo; los cotizantes al Régimen Contributivo, quienes aportan el 12% de su salario mensual¹⁹, disminuyen notablemente. Por otra parte al presentarse esta situación se genera un aumento en los vinculados transitorios que son los que están sin aseguramiento y deben acudir a los hospitales públicos, por ende se incrementa la demanda de servicios de salud en estas instituciones. Así aumenta el subsidio a la demanda, siendo posible que el Estado disminuya el subsidio a la oferta.

Gráfico1. Flujo del sistema cuando aumenta el desempleo



Fuente: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC

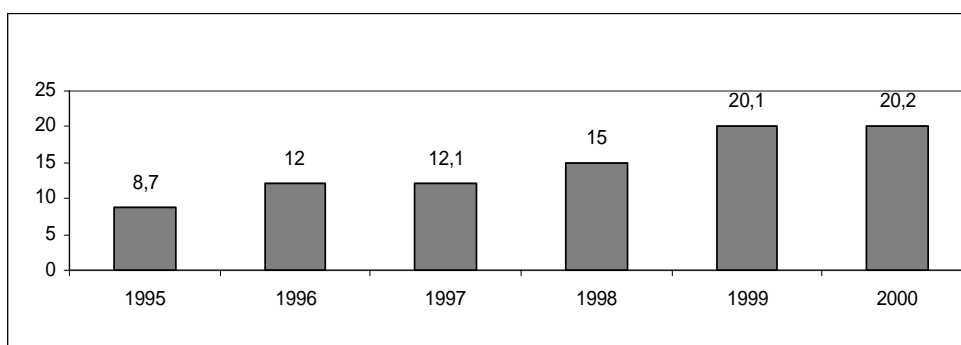
Otras acciones que tuvieron mucho que ver con el no cumplimiento de la meta en cobertura y que en la actualidad todavía influyen de una forma determinante son: la evasión, afiliaciones fraudulentas, multifiliaciones, elusión de aportes, acciones de tutela²⁰ entre

¹⁹ Es necesario aclarar que de ese 12% una parte la aporta el patrón, más exactamente el 8%, es decir el 66 de la cotización.

²⁰ “La alta frecuencia de acciones de tutela en salud y su tendencia creciente hacen pensar que aunque la magnitud bruta del problema en la actualidad no sea muy grande, en el futuro podrá ser una causa adicional de desequilibrio de la subcuenta de compensación. Su frecuencia es mucho mayor en el Régimen Contributivo y se presenta con mayor frecuencia por periodos mínimos de carencia y por atenciones no-POS. La acción de tutela representa dos importantes desafíos a la viabilidad financiera del sistema, por una parte, los costos adicionales que representa la prestación de servicios no POS y su consecuente apertura de una

otras. Todo lo anterior se presenta por la falta de un sistema de información que sea eficiente y permita identificar todas estas inconsistencias a tiempo, para así erradicarlas por completo del sistema. En la gráfico No. 2 se muestra la evolución de la tasa de desempleo en el periodo 1995-2001 en la cual se evidencia un fuerte incremento durante el año 1999 pasando del 15% de la población al 20.1% y llegando en el año 2000 al 20.2% de la población.

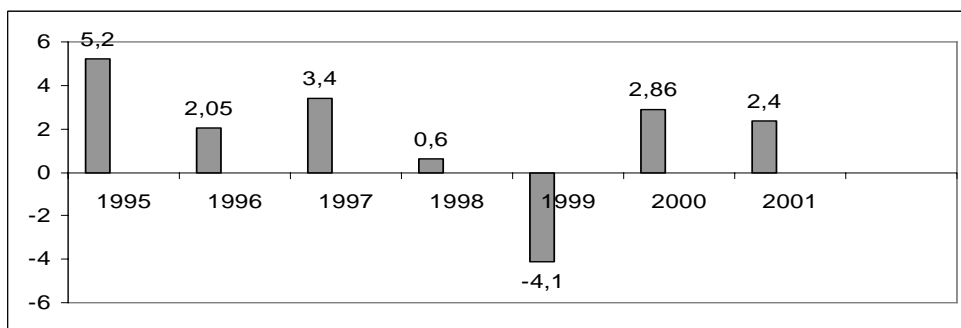
Gráfico 2. Evolución de la tasa de desempleo 95 -00



Fuente: DANE 2001

El gráfico 3 muestra el crecimiento del PIB colombiano desde el año 1991 hasta el año 2001; se evidencia la significativa caída que presentó en el año 1996 al pasar del 5.2% en el año 1995 a 2.05% es evidente también que la caída continuó hasta entrar en una profunda crisis que se agudizó afrontando su peor momento durante los años 1997 – 1998 – 1999 llegando en 1999 a la disminución del 4.1%.

Gráfico No. 3 Crecimiento del PIB 1995-2001



Fuente: DNP. Dirección de estudios económicos, 2001

expectativa de plan de beneficios ilimitado, costos adicionales que están actualmente a cargo de la subcuenta de compensación; y por otro lado; los recaudos no percibidos por el incentivo al comportamiento de polización” (Revista del Ministerio de la Protección Social Evaluación integral del equilibrio financiero del Sistema General de Seguridad Social, diciembre de 2001).

La crisis trajo algo negativo tanto para la economía del país como para la salud; fue el hecho de que por la necesidad de la población por sobrevivir y salir adelante, se implementa y toma fuerza en Colombia la modalidad del empleo informal; en el cuadro 1 se observa esta situación.

CUADRO 1. Creación y destrucción de empleo en los sectores formal e informal siete ciudades 1992 – 2000 y trece ciudades 2001-2003 (Miles de personas)

Periodo	Formales	Informales	Total	% Formales	%Informales
1992-1994	146	39	185	79.05	20.95
1994-1996	67	57	124	54.27	45.73
1996-1998	14	298	312	4.37	95.63
1998-2000	-254	368	113	-224.67	324.67
2000-2002	57	237	294	19.35	80.65
2002-2003	142	94	236	60.12	39.88

Fuente: Cálculos CGR con base en ENH y ECH- DANE

Se observa que para el periodo 1992-1994 existía una notable diferencia entre el empleo formal y el informal, pero en el periodo 1994-1996 esa diferencia empieza a disminuir hasta el punto que en 1998-2000 es más la población que se dedica al empleo informal que al empleo formal. Ya para finales del año 2000 aumenta nuevamente el empleo formal, pero no lo suficiente como para erradicar el empleo informal.

También en el cuadro 2 se observan las coberturas de aseguramiento en los regímenes contributivo y subsidiado, según formalidad o informalidad del empleo para el año 1997, reflejando que del total de personas empleadas en el sector formal el 91.60% se encontraba asegurada y de estas el 89.30 se encontraba en el Régimen Contributivo y un 2.30% se encontraba afiliada al Régimen Subsidiado; del total de personas que se dedicaban a trabajos informales solamente el 48.10% se encontraba asegurado y afiliados al régimen Contributivo el 24% y el saldo en el subsidiado 24.10%. El restante 51.9% no tenía ningún tipo de afiliación

Cuadro 2. Coberturas de aseguramiento en Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado según formalidad o informalidad del empleo, en 1997

	Cobertura total de aseguramiento	Régimen Contributivo			Régimen Subsidiado
		Total RC	Cotizante	Beneficiario	
Formales	91.60%	89.30%	84.40%	5.00%	2.30%
Informales	48.10	24.00%	14.30%	9.70%	24.10%

Fuente: Salazar y cols. 2001

4. COBERTURA

El objetivo primordial de la Ley 100 de 1993 era lograr la universalidad en cobertura para el año 2001, el cual no se cumplió; en 1998 ya se evidenciaba este incumplimiento debido a que para finales de este año los regímenes contributivo y subsidiado tenían solamente afiliados el 54% población correspondiéndole al primero el 67% y al segundo solamente 33%, datos que al convertirlos en cifras absolutas muestran 11.792.453 afiliados a el primer régimen y 8.505.241 en el segundo, cifras estas muy lejos de las proyecciones que apuntaban a 15 y 12 millones respectivamente; mientras que el resto de la población, el 46%, no estaban afiliados lo cual significaba que hacían parte de los vinculados transitorios a los cuales la red de hospitales públicos estaba en la obligación de prestarles los servicios de salud. Para el año de 2001 definitivamente los indicadores arrojaban que la meta en cobertura no se había alcanzado. Con la implementación de la reforma apenas se alcanzaba el 62% de la cobertura como se muestra en el cuadro 3, en el cual se observa el número de afiliados por cada régimen al 2001 y el total de afiliados al sistema.

Cuadro 3. Cobertura de la Seguridad Social en Salud, 2001

<u>Grupo Poblacional</u>	<u>Cobertura %</u>	
Población total	43.070.703	100,00
Afiliados a seguridad social en salud	26.510.366	61,55
Régimen contributivo	14.233.791	33,05
Régimen subsidiado	11.062.708	25,68
Regimenes de excepción	1.213.867	2,82
<u>No afiliados</u>	<u>16.560.337</u>	<u>38,45</u>

Fuente: Superintendencia de Salud 2001

En el cuadro 4 se puede observar datos de cobertura para el periodo 2000 al 2005; en este cuadro se evidencia una disminución de la proporción de cobertura del año 2000 a 2002 en el régimen contributivo y un incremento en los años 2003 y 2004; este hecho es explicado por el Informe Anual del CNSSS al Congreso así: “el comportamiento favorable de las variables económicas durante el año 2004, a la promoción de la afiliación y en especial en los sectores con capacidad de pago parcial y a los controles adicionales en los sectores con mayor riesgo de evasión con el objeto de que afilien a sus trabajadores”. El régimen subsidiado, por su parte, muestra una tendencia sostenida al aumento en la cobertura entre 2000 y 2004, pasando de 22.5% a 34,0%.

Cuadro 4. COBERTURA 2000 - 2005

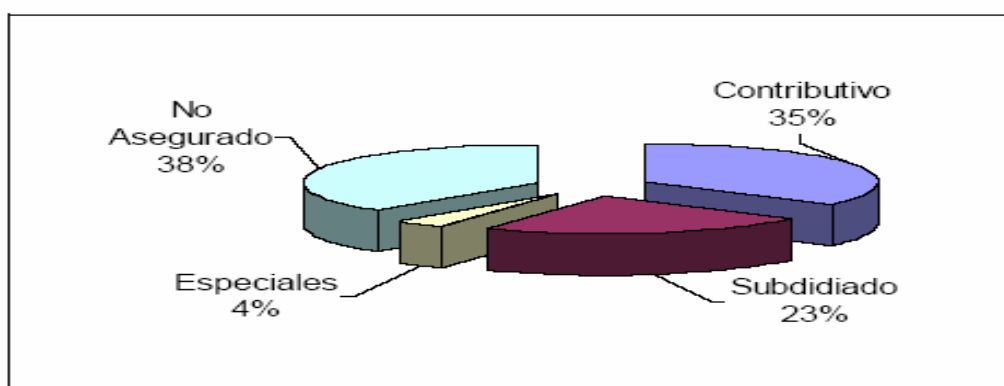
INDICADORES	2000	BASE 2001	2002	2003	2004	2005
% de cobertura por afiliación al régimen contributivo.	33.5%	31.0%	30.1%	31.0%	33.8%	14.0%
% de cobertura por afiliación al régimen subsidiado.	22.5%	25.7%	26.1%	26.6%	34.0%	
Subsidios parciales	NA	NA	NA	NA	1.788.069	2.067.748
Subsidios plenos	9.510.566	11.069.182	11.444.003	11.867.947	1.897.458	16.513.662
Total afiliados al régimen subsidiado	9.510.566	11.069.182	11.444.003	11.867.947	15.553.474	18.581.410
Total afiliados al régimen contributivo	14.193.311	13.335.932	13.165.463	13.805.201	14.857.250	6.190.520

Fuente: Informe del CNSSS 2005

El gráfico 4 muestra la distribución de la población según régimen al año 2003, la cual deja ver que los llamados vinculados transitorios ocupan el mayor porcentaje de la población con el 38% seguido del régimen contributivo 35% y ocupando el tercer lugar esta el régimen subsidiado con el 23% de la población afiliada; lo que quiere decir que la población que se encontraba asegurada al año 2003 en los tres regimenes sumaban cerca del 62% de la población colombiana estando el resto sin ningún tipo de aseguramiento. Otro aspecto importante en lo que hace referencia a la cobertura es que se evidencia una marcada

diferencia entre la población del área urbana y la población del área rural esta situación puede ser explicada por las condiciones geográficas, por que los pacientes tienen que invertir en tiempo y dinero para poder llegar a lugar donde les prestan el servicio, la población no cuenta con los recursos para asumir el costo del copago para que puedan ser atendidos; lo anterior debido a que la mayoría de la población que vive en las áreas rurales son pobres y prefieren evitarse todo eso acudiendo a la automedicación.

Gráfico 4. Distribución de la población según régimen



Fuente. ECV, 2003

Para el año de 1993 las personas que dijeron estar enfermas solo el 67.1% fueron atendidos, para el año 2000 los enfermos que consultaron médico disminuyeron a 51.1% (DNP 2001); esto también se explica por la existencia de barreras como: la disponibilidad de la infraestructura sanitaria, situación geográfica, capacidad económica y condiciones culturales; en el cuadro 5 se ve con claridad esta situación, se muestra para el año 2004 datos sobre las personas que se sintieron enfermas y que no solicitaron ni recibieron atención médica; es notable que el factor más importante para que se de esta situación es la falta de dinero (39.3%) seguido porque la población que creía que era un caso leve (37.1%) y el factor que menos influyó para que no fueran, solicitaran ni recibieran atención en salud fue que no lo atendieron (1.8%).

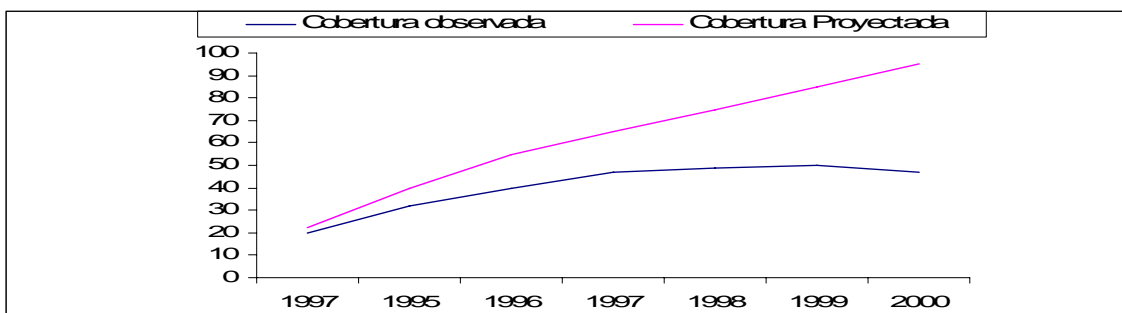
CUADRO 5. Colombia personas que se sintieron enfermas y no solicitaron ni recibieron atención médica 2004

Razón	Enfermos Sin atención	Enfermos sin atención, no afiliados y sin Seguro %
Falta dinero	39.3	76.32
Caso leve	37.1	38.64
No tuvo tiempo	5.1	26.12
Centro de atención queda lejos	4.1	43.70
Mal servicio	3.7	15.33
Muchos trámites	3.5	27.75
No confía en médicos	2.9	64.03
Consultó y no resolvieron		
Problemas	2.5	41.86
No lo atendieron	1.8	33.20
Total	100	52.48

Fuente: DANE. Procesado DES-Social 2005

En el gráfico 5 se observa la cobertura proyectada y la cobertura realmente observada; se puede ver que la pendiente de la curva de la cobertura proyectada es totalmente positiva, situación que refleja el objetivo principal de la reforma y el optimismo de la misma.

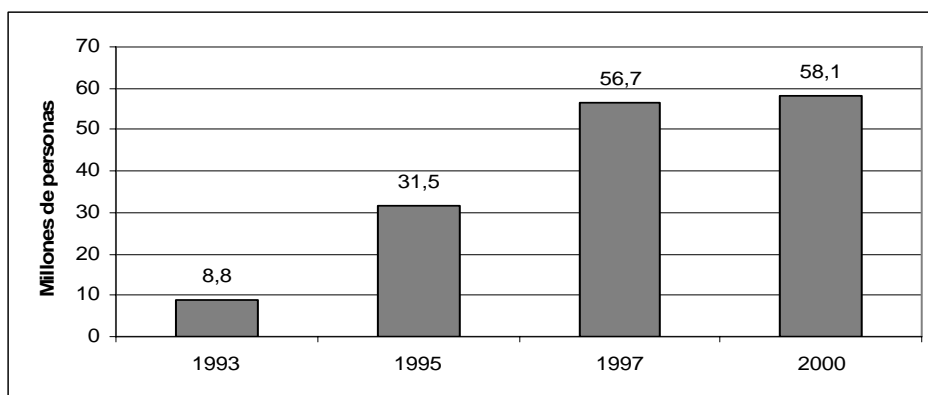
Gráfico 5. Colombia. Cobertura proyectada y observada en el SGSSS



Fuente: Ministerio de la Protección Social 2001

No obstante se debe pasar de la proyectada a la observada, la cual evidencia a simple vista que la situación fue definitivamente otra, que no se cumplieron los pronósticos ni mucho menos las expectativas que se tenían al respecto. Se ve que la cobertura presentó su mayor crecimiento hasta mediados del año 1998, explicado porque a 1993 se encontraban afiliadas al sistema de salud 8.8 millones de personas y solamente se encontraban afiliadas los trabajadores formales del sector público y privado, los trabajadores que no tenían una relación laboral no contaban con ningún tipo de aseguramiento, entonces estas personas son las que logran afiliarse después de la reforma y, como es obvio, aumenta el número de afiliados al sistema. Después del año 1997 y hasta finalizar el año 2000 la cobertura prácticamente permanece constante. Toda esta situación descrita puede ser vista de una forma más clara en el gráfico No. 6, que muestra la cobertura de la Seguridad Social en Salud durante el periodo 1993 a 2000.

Gráfico 6. La Cobertura de la Seguridad Social en Salud



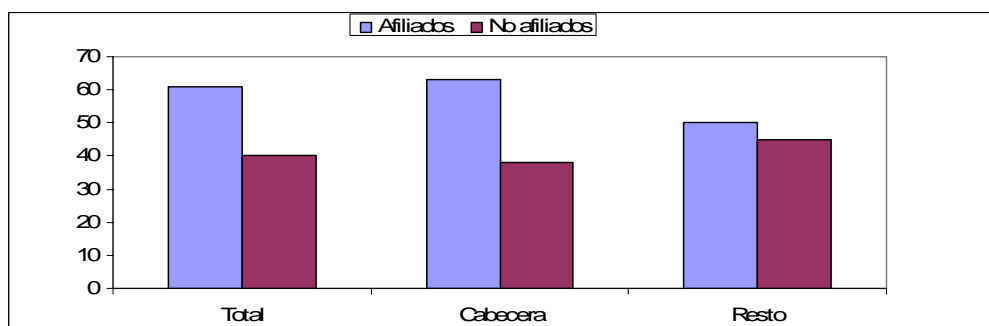
Fuente: Ministerio de la Protección Social 2001

Toda esta situación de no cumplimiento de la meta de cobertura puede ser explicada, por el hecho de que el modelo sobreestimó el desempeño macroeconómico específicamente en cuanto al crecimiento económico, la generación de empleo, la capacidad de pago de los usuarios. Se pasó por alto la condiciones de creciente pobreza que presentaba el país; se contaba con que se daría un crecimiento progresivo del empleo en la década siguiente, lo que a su vez llevaría a un masivo ingreso de la nueva población asalariada al régimen contributivo; pero para sorpresa de todos pasó totalmente lo contrario; Colombia atravesó por una profunda crisis y una recesión nunca antes vivida; se originó la crisis financiera, se

produjo la apertura que trajo consigo el cierre de muchas empresas generando a su vez niveles de desempleo que nunca se habían visto; esto ayudó a agudizar la pobreza en Colombia; como consecuencia de todas las situaciones descritas se observó una notable disminución en la cobertura en salud; toda vez que esta tiene una relación directa con el nivel de empleo en el país; es decir si el empleo aumenta también aumenta la afiliación al sistema y si el empleo cae también cae la afiliación.

Para el año de 2003 no cambió mucho la situación, según cifras estadísticas, en el año 2003 entre el 58% y el 61.8% de la población se encontraba cubierta, mientras que el resto de la población se encontraba por fuera del sistema como lo muestra el gráfico 7 donde se puede observar la cobertura en salud al año 2003 discriminado por cabeceras municipales, y el resto de la población.

Gráfico 7. Colombia. Cobertura aseguramiento en salud 2003



Fuente: DANE, ECV 2003

Es notable la concentración de la cobertura en las cabeceras municipales: 62% a 63% de la población se encontraba cubierta estando sin aseguramiento el 37%. El resto de la población que vive en las áreas rurales se encontraba afiliada el 51% de la población encontrándose sin servicios de salud el 49%. Una vez más estas cifras dejan ver la brecha existente entre el área rural y el área urbana, la cual se acentúa cada día más, influyendo en esta situación como se mencionaba anteriormente condiciones económicas y socioculturales de la población.

Para entender de una forma más clara la cobertura en salud y su variación en el cuadro 6 se hace una comparación de la cobertura en Seguridad Social en Salud entre los años 1997 y 2003; en el cuadro se observa el incremento que se presentó y el porcentaje de afiliación que representaba cada régimen dentro del total de la población asegurada.

Cuadro 6. Cobertura de la Seguridad Social en salud en Colombia 2003 comparada con 1997

	2003		1997	
	No. de personas	%	No. de personas	%
Régimen Contributivo	15.425.723	35.3	13.918.109	34.9
Régimen Subsidiado	10.021.350	22.9	7.845.602	19.7
Régimen Especial	1.021.641	3.6	1.020.507	2.6
Vinculados	16.685.864	38.2	17.058.206	42.8
TOTAL	43.717.578	100.0	39.842.206	100.0

Fuente: ECV 2003

5. FINANCIACION

Para que se cumpliera con las metas de la Ley 100 todos los municipios debían adelantar gigantescas jornadas de identificación y selección de los beneficiarios del subsidio a la demanda, esta identificación se denominaría SISBEN²¹. Esta reforma introdujo los denominados componentes del sistema, definidos de la siguiente manera:

- **Financiación** se moviliza dinero de fuentes primarias (hogares y empresas) y de fuentes secundarias (gobierno y organismos internacionales), que se acumula en fondos reales o virtuales (fondos para el aseguramiento público, presupuestos públicos para la atención en salud, ahorros familiares) y se asigna, por medio de diversos arreglos institucionales, para la producción de servicios.

- **La provisión** es el resultado de combinar insumos dentro de un proceso de producción que ocurre en una estructura organizacional particular y conduce a una serie de productos o servicios de salud que generan un resultado.

²¹ SISBEN Sistema de Identificación de Beneficiarios con lo cual cada persona perteneciente a los estratos 1 y 2 tenían acceso a los servicios de salud.

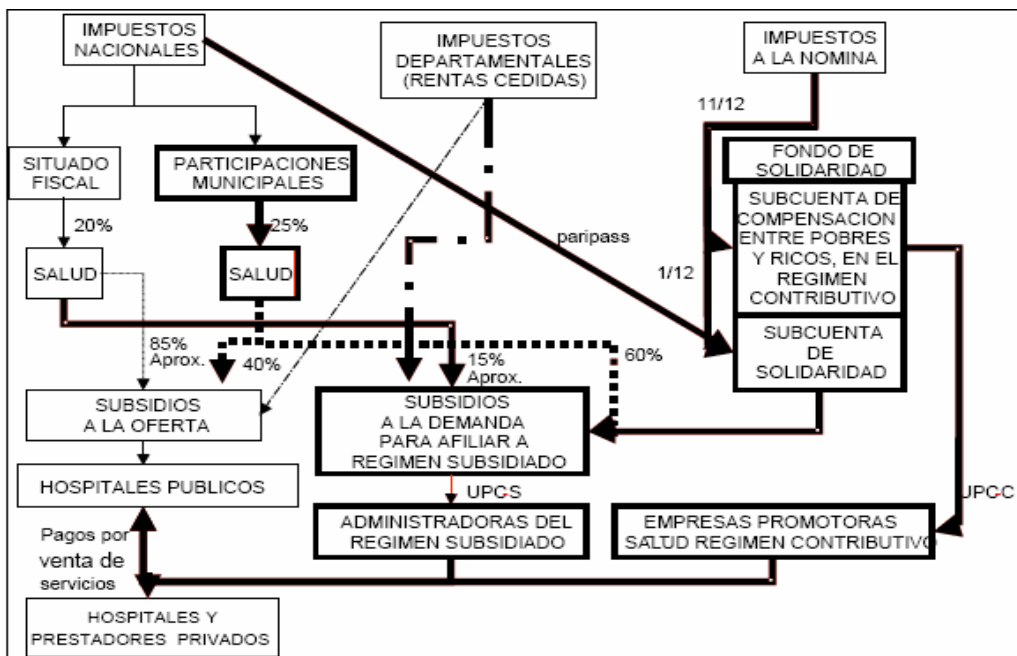
- **La articulación** corresponde a la "organización y gerencia del consumo de la atención" y abarca actividades claves que permiten que los recursos financieros fluyan hacia la producción y el consumo de la atención a la salud.

- **La modulación** corresponde a la tarea de establecer, implantar y hacer seguimiento a las reglas de juego para el sistema de salud, así como de imprimirle una dirección estratégica.





- **La integración** se refiere a los arreglos necesarios para llevar a cabo las funciones de financiamiento, prestación, articulación y modulación. En uno de los extremos se encuentra la "integración vertical", en la que una misma institución desempeña diferentes funciones. En el otro extremo, las funciones se encuentran separadas en diferentes instituciones.

En el gráfico 8 se muestra la estructura del financiamiento del sistema de salud.

Gráfico 8. Instituciones, flujos e innovaciones introducidas en el Sistema General de Seguridad Social en salud



Nota: Las líneas se ilustran en diferentes formatos (puntos, raya continua, etc.), para mostrar que son flujos diferentes.

-  Flujos existentes antes de la reforma
-  Instituciones existentes antes de la reforma
-  Flujos creados por la reforma
-  Instituciones creadas por la reforma

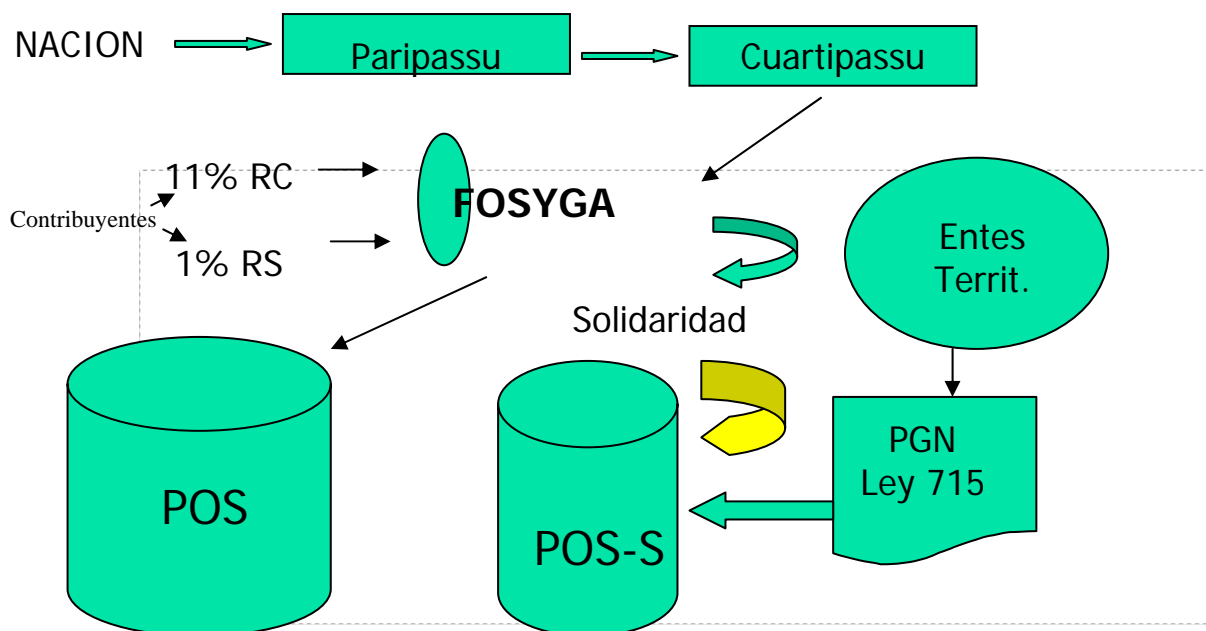
Fuente: Naciones Unidas, Luís Gonzalo Morales. 2001

La coordinación y dirección general del presupuesto nacional estaba focalizada en el Ministerio de Hacienda, el cual tenía como funciones principales en lo relacionado con la salud, orientar, elaborar y controlar el presupuesto de funcionamiento del Ministerio de Salud (hoy de Protección Social) y de todos los establecimientos públicos que se encontraban adscritos a él; el Ministerio de Hacienda era aportante de recursos para financiar la salud por medio de transferencias provenientes del situado fiscal, de otros aportes nacionales y de recursos provenientes de la cooperación internacional. Los departamentos, comisarías, intendencias, Bogotá y los municipios estaban en la obligación de hacerse partícipes de la financiación del Sistema de Salud por medio de dos vías: los recursos provenientes de las rentas que les fue cedida por la nación para su recaudo y administración y mediante aportes de sus presupuestos ordinarios.

Surgió un gran problema: el de la eficiente y equitativa distribución de los recursos entre las regiones; como lograr que fueran los más equitativos, eficientes y por ende justos posibles para así poder cumplir con las expectativas y metas propuestas. Algo muy curioso estaba ocurriendo: los recursos se distribuían en consideración al nivel de gasto previo, lo que significa más recursos para las regiones que tradicionalmente han tenido mayores niveles de gasto, o lo que es lo mismo, entre más gasta una región más recursos recibe; si se observa más a fondo se encuentra que en la mayoría de los casos son los departamentos y municipios de mayor poder económico y político los que gastaban más y a su vez también recibían más; sin embargo este procedimiento lo reguló y trató de corregir la Ley 100, claro que sin tener mucho éxito al respecto.

En el gráfico 9 se muestra el flujo de recursos en la financiación del sistema, el cual inicia con el giro que hace la nación al paripassu; se observa también que el FOSYGA hace la distribución del 1% al Régimen Subsidiado y el restante a la financiación del POS; al POS del régimen Subsidiado llegan los aportes que hacen los entes territoriales y los del Presupuesto General de la Nación designados por la Ley 715 de 2001.

Gráfico 9. Financiamiento del Sistema



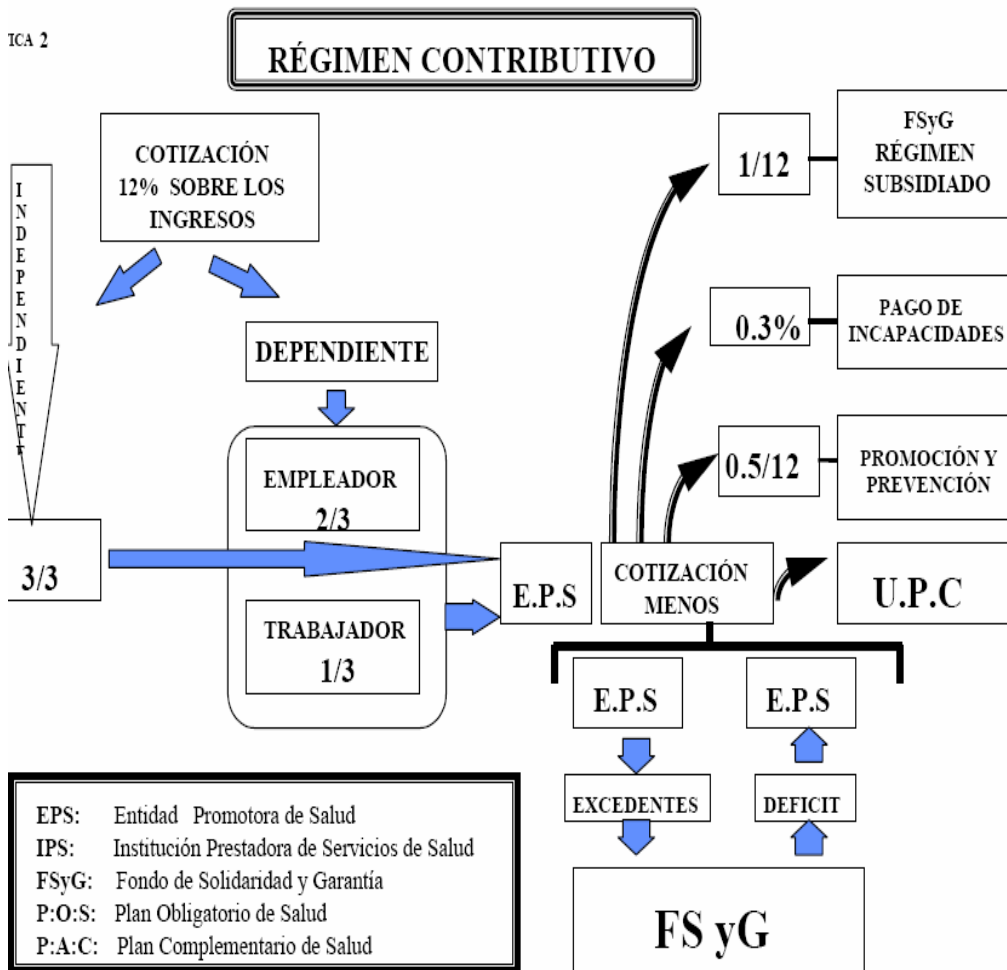
Fuente: ACHC 2001

5.1. La Financiación y Operación del Régimen Contributivo.

Este régimen está financiado por un porcentaje sobre los ingresos de aquellos con capacidad de pago. Todo trabajador colombiano está obligado a afiliarse a una EPS y por ende a declarar sus ingresos laborales y así mismo aportar al Sistema el 12% sobre ellos, debiendo cotizar como mínimo sobre un salario mínimo legal vigente; del valor total recaudado por las EPSs, se deben restar los siguientes conceptos: i) un punto de los doce que se destina para ayudar a la financiación del Régimen Subsidiado, ii) el valor de las UPCs del trabajador y su familia y, iii) 0.3 puntos de los 12 recaudados para el pago de las incapacidades laborales de sus afiliados, iv) 0.5 puntos de los 12 para promoción y prevención; si después de ésta operación resultan excedentes, éstos deben ser girados al FOSYGA quién los redistribuirá entre aquellas EPS en donde se haya generado déficit. Todo trabajador puede adquirir de manera voluntaria con recursos adicionales, Planes de Atención Complementaria en Salud, PAC, creados para mejorar las condiciones de hotelería y comodidad ofrecidas por el POS; cuando se acceda a los servicios de salud se debe cancelar una **cuota moderada**; familiares harán un pago adicional denominado **copago** al utilizar el resto de los servicios que se destinará a completar la financiación del

régimen. Todo el flujo del régimen contributivo se puede apreciar en el gráfico 10, el cual muestra detalladamente lo expresado anteriormente.

Gráfico 10. Distribución del Régimen Contributivo



Fuente: Ministerio de la Protección Social

5.2. Financiación Del Régimen Subsidiado

La principal fuente de financiamiento del Régimen Subsidiado son los aportes fiscales los cuales se incrementaron apreciablemente por lo dispuesto en las Leyes 60 y 100 de 1993, a la par con el proceso de descentralización que simultáneamente se estaba adelantando en Colombia, lo que implicaba una delegación de funciones a los territorios, especialmente a los municipios y departamentos para que estos asumieran progresivamente, entre otras cosas, el manejo y la financiación de los servicios de salud.

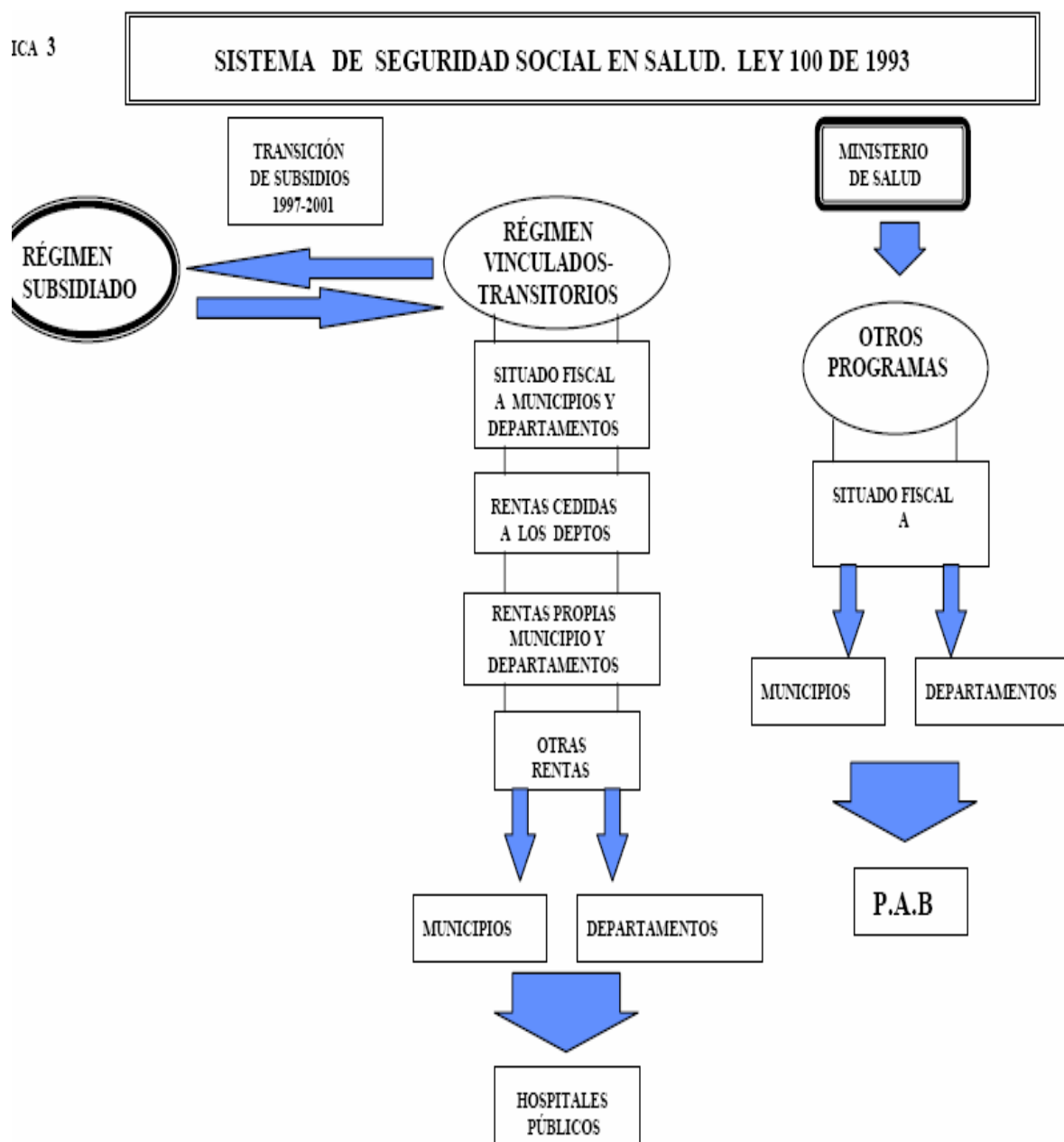
5.3. La Financiación y Operación del Régimen para los Vinculados Transitorios.

En lo que respecta a la administración y financiación de los servicios de salud prestados directamente por el Estado a nivel territorial, se evidenció un cambio sustancial en la forma como se les entregaba los recursos a los hospitales públicos, los cuales eran asignados tradicionalmente mediante presupuestos históricos o también denominados **“subsidios a la oferta”**, que no tenían nada que ver con el tipo y cantidad de pacientes ni con el volumen y la calidad de los servicios producidos. En la nueva reforma se considero vinculados transitorios al Sistema a aquellas personas pobres pertenecientes a los estratos 1 y 2, que transitoriamente y por diversos motivos no se habían afiliado al Sistema y que mientras esto ocurriera deberían seguir siendo protegidos por el Estado. La prestación de servicios de salud a estas personas se determinó que debía ser brindada por los hospitales públicos quienes seguirían recibiendo recursos directos del Estado; pero esto no eximía a estas entidades públicas de hacer la conversión a subsidios de demanda, deberían someterse a un proceso gradual de conversión de “subsidios de oferta” por “subsidios de demanda.

Con la reforma los hospitales públicos que debían haberse convertido en entidades autónomas eficientes la cuales se denominarían Empresas Sociales del Estado ESE, les serían eliminados gradualmente los “subsidios de oferta” mediante un proceso de transición ajustado a las condiciones de gestión interna, al mercado donde operan y al tipo de servicios prestados, para ser sustituidos por recursos provenientes de la contratación con las EPS, como consecuencia de esto las EPS recibirían una UPC o también denominada prima ajustada por riesgo por cada afiliado; la cual debe ser destinada a financiar la prestación de los servicios; este mecanismo fue denominado como “subsidios de demanda”.

En el gráfico 11 se muestra el flujo de recursos de los vinculados transitorios así como del PAB; se observa de una forma más detallada el recorrido de los recursos antes de llegar a la Red de Hospitales Públicos, sometidos a la demora que esto implica; además en la gran mayoría de los casos estos recursos no llegan completos.

Gráfico 11. Esquema de distribución y Operación del Régimen para los Vinculados Transitorios



Fuente: Ministerio de la Protección Social

CAPITULO IV

CRISIS HOSPITALARIA DE LA RED PÚBLICA EN COLOMBIA

1. SECTOR HOSPITALARIO ANTES DE 1993

1.1. FINANCIACION

El Estado subsidiaba la oferta del sector hospitalario lo que significa que asignaba un presupuesto anual a los centros asistenciales para la atención de los pacientes y el pago de nomina. La principal fuente de recursos para financiar la atención médica en los hospitales públicos era el llamado situado fiscal, el cual era destinado para la prestación de servicios de salud. Todos los organismos e instituciones que conformaban la red pública hospitalaria se financiaban vía subsidios a la oferta procedentes de los ingresos corrientes de la nación y de otras fuentes públicas de destinación específica.

1.2. SITUACION PRESUPUESTAL.

El viejo Sistema tuvo un gran desarrollo entre 1975 y 1984, con el crecimiento de hospitales, centros de salud y funcionarios del sector, pero la crisis fiscal de ese último año redujo los aportes para la salud del 8% del presupuesto nacional a menos del 4% en los años sucesivos.

1.3. COBERTURA

La cobertura en general se aproximaba al 70 % de la población (35 % oficial, 20 % seguridad social, 15 % privado, y 30 % desprotegidos). La red pública hospitalaria cubría el 40% de la población estando allí la más pobre, con un paquete de servicios que le demandaba al país el 40% del gasto total en salud. Atendía más o menos una población de 11.800.000 personas; por otra parte, un 15% de la población tenía cobertura por parte del Instituto de Seguros Sociales, una de las más bajas de Latinoamérica en ese tiempo, en cuanto a protección en salud atorgada por el sistema de aseguramiento; básicamente limitada a la fuerza laboral, otro 5% por servicios de seguridad social para funcionarios públicos y sus familias, y un 10% de los colombianos podían financiar su salud privadamente. El resto, se consideraba sin accesibilidad a servicios de salud aceptables.

1.4. CALIDAD DE LOS SERVICIOS.

Antes de la Ley 100 la salud no funcionaba adecuadamente y se aplicaba como si este servicio no fuera un derecho ciudadano sino una obra de caridad o un favor que implicaba una relación de sumisión o de cliente-usuario frente al Estado; la salud en pocas palabras era un negocio. El Estado era el responsable de la prestación directa de servicios a través de una red de instituciones que dependían directamente del Ministerio de Salud; este subsistema, incorporaba tres funciones; financiamiento, servicios y cobertura; era un sistema que funcionaba de forma vertical que estaba centralizado alrededor del Ministerio de Salud y sus servicios seccionales de salud. El sistema público hospitalario realmente mostró una cobertura deficiente, con enormes diferencias regionales.

El financiamiento basado en criterios históricos y presiones institucionales fue acentuando las diferencias entre regiones desarrolladas y subdesarrolladas en servicios de salud.

2. SECTOR HOSPITALARIO DESPUES DE LA LEY 100 DE 1993

Con la implementación de la Ley 100 de 1993 y bajo las condiciones de mercado que se definieron los hospitales públicos fueron obligados a convertirse en Empresas Sociales del Estado (ESEs) y debido a esto su viabilidad financiera paso a ser la determinante de la permanencia de estas instituciones en el sector²², dejando de lado por completo la rentabilidad social, lo que quiere decir que tenían que volverse financieramente rentables y buscar con la venta de servicios su sostenimiento y por ende su permanencia en el sector.

El modelo con esto lo que quiso fue cambiar la mecánica de financiación de los hospitales reemplazando los subsidios de oferta por los “Subsidios de demanda”.²³

²² El reordenamiento del sector salud durante la última década en Colombia, originó, que el antiguo sistema nacional de salud se transformara en un sistema moderno de seguridad social en salud, el cual ha tenido que desempeñarse en una crisis hospitalaria progresiva, junto con la demanda excesiva de servicios de la población «vinculada», dando como resultado el aumento de quejas, demandas y tutelas por malos servicios, e inadecuados procedimientos **Retrasos en los pagos**: una de las causas de este problema son la demora en el giro de los recursos del FOSYGA a los fondos locales de salud. Y en el caso de las EPS consiste en fallas de facturación de las IPS.

²³ Con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, se eliminaron los subsidios a la oferta manejados directamente por los hospitales y los convirtieron en subsidio a la demanda manejados por las ARS, EPS, administraciones municipales y departamentales, sin tener en cuenta la precaria evolución de las coberturas, pero sí manteniendo la responsabilidad de éstos por todo lo que los Regímenes Subsidiado y Contributivo no cubren sometidos a la intermediación de las mal

Los hospitales, sin estar preparados, tuvieron que salir a competir. Por ejemplo, el hospital Simón Bolívar en Bogotá tuvo que medirse en atención y servicios con la Fundación Santa Fe. En materia tarifaria, el esquema no cambió mucho; el costo hospitalario fue inferior y se empezó a generar un desfase financiero.

2.1. FINANCIACION

El subsidio de oferta fue catalogado como una forma de pagarles a estas entidades por existir sin analizar la cobertura y calidad del servicio, por eso se implementó la financiación a los subsidios de demanda o lo que es lo mismo hacer que los hospitales fueran remunerados por lo que hacen efectivamente; debían pensar en la conveniencia de la segmentación del mercado y con el fin de obtener ganancias fijar tarifas remunerativas que les permitieran cubrir sus gastos, lo que significaba recibir ingresos por sus actividades y en últimas definir hasta donde y en que inducían demanda: lo anterior, en otras palabras significa que la sostenibilidad de los hospitales, pasó a depender del pago de la facturación de los aseguradores del sistema, incluyendo al Estado quien es el responsable de los vinculados²⁴; las administradoras del Régimen Subsidiado ARS agentes de intermediación también creados por la Ley 100 de 1993.

El cambio en la financiación se puede observar en el gráfico 12. Entre 1993 y 2001 disminuye la financiación por el lado del situado fiscal, aportes departamentales, otros aportes nacionales y aumenta los ingresos por venta de servicios.

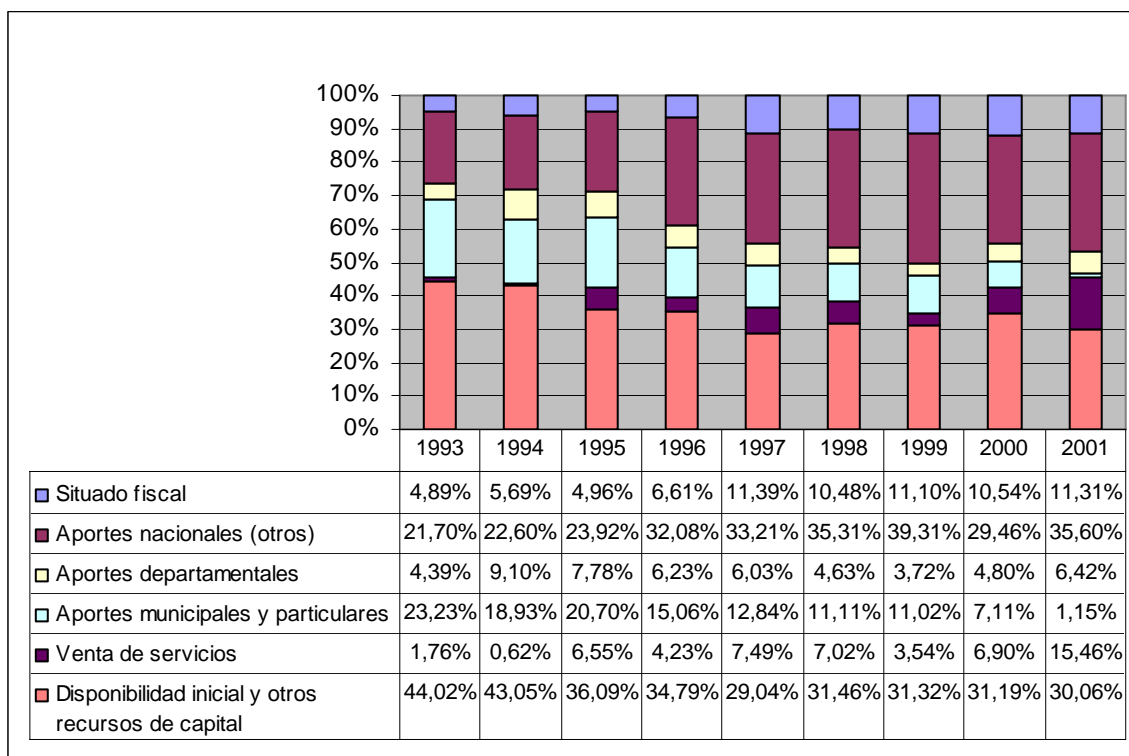
Prácticamente hoy en día ningún hospital recibe presupuesto histórico, sino que debe justificar las transferencias de la nación a partir de la prestación de servicios. Según la Contraloría General de la Nación (CGR) los ingresos de los hospitales públicos entre el año 1994- 2000 se incrementaron en más del 100% y en mayor proporción en los hospitales de

llamadas aseguradoras y de las entidades territoriales; sin que el Estado les pague los servicios prestados a la población desprotegida, lo que necesariamente condujo a la más completa desfinanciación y consecuencial crisis. Ángel Salas F. (La crisis de la salud: ¿Quién responde? *Sep. 15, 2004*).

²⁴ Los más pobres de la nación, permanecen en el modelo de la Ley 100 sin protección en salud bajo el paradójico eufemismo de “población vinculada”. Ellos son los usuarios naturales de la Red Pública Hospitalaria (RPH), cuya cuenta paga (o más bien no paga) el gobierno a través de sus transferencias y aportes. Para su atención, los “vinculados” dependen exclusivamente de los hospitales públicos

primer nivel de atención y a su vez es el nivel donde el porcentaje de ocupación de redujo a criterio de los mismos pacientes quienes deciden acudir de una vez a las instituciones de tercer nivel donde la atención es más especializada y avanzada.

Gráfico 12. Estructura de ingresos hospitalarios (1993-2001)



Fuente: Revista Hospitalaria; Asociación Colombiana de Hospitales. 2002

2.2. COBERTURA

La red Pública Hospitalaria debía prestar sus servicios mientras se cumplía el proceso de transición del anterior Sistema de Salud al Sistema General de Seguridad Social a la población pobre no cubierta por ningún régimen (contributivo o subsidiado), o también llamados “vinculados”; la atención de estos pacientes estaba a cargo del Estado.

Con la aprobación de la Ley 100, se dio un aumento muy importante en los aportes públicos dedicados a la Salud (4.8 del % del PIB en 1997 comparado con 1.3% que se destino en 1993); sin embargo, esto no se ha reflejado en el incremento de coberturas de los servicios médicos, tal como debiera esperarse, puesto que la estructura que se ha creado ha

absorbido estos mayores ingresos sin beneficiar a la comunidad; se podrían mencionar varios puntos que confirman lo anterior, por ejemplo:

1. Disminución de las camas disponibles para hospitalización.
2. Disminución de los programas de nutrición.
3. Disminución de las consultas personas año.
4. Disminución de la cobertura de vacunación del año 1990 al año 2000.
5. Incremento de los casos de malaria y dengue de 1990 a 1997.

En 1993 se realizaban diecisiete millones de consultas y había un millón setecientos mil egresos para pacientes pobres en el país. Hoy, al comparar estas cifras por persona, no se llega al cubrimiento previo. Pero algo más preocupante y grave aún, es que en prevención y promoción se ha producido un deterioro marcado, medido en niveles de vacunación y en el actual aumento de las enfermedades infectocontagiosas endémicas en nuestro país. El número total de egresos disminuyó de 1.079.747 a 1.073.918, mientras que el número de consultas externas se redujo de 5.173.703 a 5.123.393, las cirugías de 518.721 a 514.643 y los partos de 276073 a 260703. El número de consultas de urgencia, en cambio presentó un incremento, de 4.026.885 a 4.169.412, que evidencia una situación de crisis.

En los 26 hospitales de III Nivel, mientras aumentaron 240 camas entre 1997 y 1998 (de 8.037 a 8.271), redujeron el número de egresos de 430.032 a 429.616, el promedio de estancia subió de 5.64 días a 5.75. El porcentaje ocupacional se redujo en consecuencia del 84.88% al 83.09%. La única cifra que subió de 1997 a 1998 fue el número de funcionarios, que pasó de 22.470 a 22.581.

Los 47 hospitales de II Nivel con más de 80 camas, redujeron 226 camas (de 5.893 a 5.667) entre 1997 y 1998, redujeron igualmente el número de egresos de 378.964 a 357.307. Los 70 hospitales de II Nivel con menos de 80 camas aumentaron 198 camas entre 1997 y 1998 (de 3.360 a 3.558, pero 130 camas corresponden a nuevos hospitales en el grupo).

3. RESULTADOS DE LA REFORMA

Desde hace varios años una gran cantidad de factores y situaciones han desatado en Colombia una profunda crisis en la Red Pública Hospitalaria; es notorio a simple vista

como en los últimos años esta crisis se ha agudizado hasta el punto que la mayoría de estas instituciones se han cerrado y otras han estado al borde del cierre, presentando grandes dificultades financieras e insuficiencias administrativas, reflejando esto un debilitamiento de la red de servicios de salud ofrecidos. Toda esta crisis se manifiesta también en una grave iliquidez de las IPS que se agudizó con la recesión económica que afectó a la economía colombiana a final de la década de los 90s; entre los principales problemas que presenta la red pública hospitalaria en el país se pueden mencionar los siguientes:

- Gestión administrativa y financiera deficiente.
- Baja capacidad productiva.
- Insumos e infraestructura inadecuados para su función.
- Bajo rendimiento del recurso humano.
- Procesos de producción débiles, calidad desconocida e inadecuado manejo sindical.
- Régimen laboral que genera inflexibilidad y sobre_costos.
- Corrupción política.

Todos esos problemas se ven reflejados en un desequilibrio de la oferta de servicios de salud frente a la demanda. Sin embargo el gobierno asegura que la actual crisis hospitalaria se debe a que estas instituciones tienen más personal del que necesitan; argumentan que en algunos casos los empleados administrativos y de servicios generales superan al personal médico²⁵; otra de las causas según el gobierno es la existencia de un alto pasivo prestacional y nóminas paralelas crecientes.

Al respecto los sindicatos de los hospitales se han defendido argumentando que las plantas de personal están congeladas desde hace más de 15 años y que por el contrario, han sido reducidas progresivamente ya que no reemplazan o se suplen las vacantes del personal que se retira. En el cuadro 7 se puede observar los recursos humanos del sector salud existentes a 1996 y en el cuadro 8 los existentes para el periodo 2000 – 2003, por categorías

²⁵ Pasando por alto que las nóminas se encuentran congeladas desde hace muchos años y se han venido reduciendo gradualmente, mientras crece la llamada nómina paralela, o sea el personal con contratos temporales, que entre 1994 y 1998 creció el 22%.

ocupacionales; relativamente al tamaño de la población lo cual muestra con más precisión la realidad en personal médico que se estaba viviendo en las instituciones públicas.

Cuadro 7. Recursos humanos del sector salud, 1996

CATEGORIA OCUPACIONAL	NUMERO	TASA POR 10.000 HABITANTES
Medicina	35.640	9.4
Enfermería	16.560	4.4
Odontología	21.240	5.6
Bacteriología	10.800	2.9
Fisioterapia	3.744	1.0
Auxiliares de enfermería	41.760	11.0
Promotores de salud	8.699	2.3
TOTAL	138.443	36.5

Fuente: República de Colombia, Ministerio de Salud 1996

Cuadro 8. ESTIMACION DE LA OFERTA DE RECURSOS HUMANOS POR CATEGORIAS OCUPACIONALES 2000 – 2003 TASA POR 1.000 HABITANTES

AÑO	MEDICOS		ENFERMERAS		ODONTOLOGOS		TOTAL POBLACIÓN
	TOTAL	TASA	TOTAL	TASA	TOTAL	TASA	
2000	51.118	1.32	21.976	0.53	28.310	0,74	40.836.901
2001	53.399	1.34	22.911	0.54	29.760	0.76	41.471.718
2002	55.683	1.35	23.861	0.55	31.211	0.78	41.645.472
2003	57.972	1.37	24.827	0.56	32.661	0.80	43.314.357

FUENTE: Los Recursos Humanos de Salud en Colombia: balance, competencias y prospectiva. CENDEX, Ministerio de Salud. Paginas 171 y 295. Ed. Javegraf. 200

La crisis hospitalaria ha sido escenario de muchas discusiones: el gobierno del doctor Álvaro Uribe Vélez, por ejemplo, frente a diferentes críticas que sobre el tema ha sido objeto; se defiende diciendo que en los “*gobiernos anteriores se conseguía el dinero para*

tapar el grito y no el problema”; que este gobierno por lo contrario ha optado en llevar a cabo reformas²⁶ estructurales y de fondo, dan como ejemplo el caso de la ciudad de Manizales donde se cerró un hospital argumentando, con base en estudios realizados por el Ministerio de la Protección Social, que el promedio de personas que deben vivir en un área de influencia para que pueda existir un hospital de tercer nivel es de 1.200.000 y Caldas tiene 1.250.000 habitantes; entonces por esta razón debía existir un solo hospital de tercer nivel, lo que quiere decir que si no hay demanda significativa de servicios de salud son instituciones que muy seguramente en el futuro van a presentar problemas financieros; en el cuadro 9 se muestra la distribución de los hospitales según datos del Ministerio de la Protección Social; se puede apreciar que a diciembre de 2002 existían, 1.007 hospitales en Colombia; los hospitales se concentran en la región central en la cual está incluida la ciudad de Bogotá, estas instituciones son en la gran mayoría de carácter público; el tamaño hace referencia al número de camas.

Cuadro 9. Distribución de hospitales por características. 2002

REGION	NUMERO/ PORCENTAJE	NATURALEZA JURIDICA	NUMERO PORCENTAJE	TAMAÑO
Atlántica	161 (16.0)	Privados	351 (34.9)	1-19
Oriental	180 (17.9)	Públicos	260 (25.8)	20-39
Central	341 (33.99)	ESE	395 (39.29)	40- o más
Pacífica	1428 (14.1)	----	----	----
Bogotá	147 (14.6)	----	----	----
Territorios Nacionales	36 (3.6)	----	----	----
Total	1.007 (100)	----	1.006 (99.9)	

Fuente: Datos Ministerio de la Protección Social

²⁶ El efecto ha sido devastador para toda la Red Hospitalaria Pública, por la «cultura del no pago» del gobierno como responsable de la factura de los llamados «vinculados», que representan la mitad de la población, a pesar de que gran parte de los dineros para tal fin son recaudados del descuento obligatorio que se hace de los salarios de los trabajadores del Estado y de las rentas cedidas. Para finales del 2003 la deuda de la Nación a diecinueve hospitales públicos por la atención a los «vinculados», desplazados, subsidiados y de Fisalud, era de \$663.570 millones. (El Tiempo, 22 de enero de 2004). Ante los reclamos de distintos sectores, el gobierno uribista responde que «los hospitales son empresas no rentables» y que toca cerrarlas, pero oculta que a esos hospitales les sobran «clientes» y que el responsable de financiarlos es el gobierno, que no paga. Luísa A. Villar (Uribe Profundiza la Crisis de la Salud Pública, Oct. 10, 2004)

3.1. CALIDAD

Las hospitales se vieron enfrentados a una competencia abrupta para la que no estaban preparadas, competencia que a su vez generó asimetrías que favorecieron a la red privada²⁷ situación que se evidenció en una segmentación de mercados, prestación de servicios rentables y presencia en zonas geográficas de mayor concentración poblacional y mejores ingresos; a partir de 1994 se evidencia el cierre de importantísimos hospitales como el San Juan de Dios, y el Lorencita Villegas en Bogotá, la fusión de 17 hospitales de la red hospitalaria distrital, los cuales son simples ejemplos de la situación que se presentaba a nivel nacional.

A raíz de todo eso surgieron diversas propuestas para enfrentar la crisis, como el cierre y liquidación de instituciones como parte natural del desarrollo de la competencia en el mercado de prestación de servicios. No hay que negar que la Ley 100 añadió elementos para agudizar esa crisis al exigir a las entidades de salud, que fueran rentables económicamente, desconociendo el papel que ejercen en el desarrollo de una política social en donde debe primar la rentabilidad social y no la financiera.

Un resultado que trajo la reforma es que estimuló la proliferación de las IPS públicas y privadas donde a consecuencia de esto las primeras se fortalecieron tanto en infraestructura como en planta de personal, pero simultáneamente se dio una sustitución de los prestadores públicos por los privados generando una subutilización de la capacidad instalada; (en el cuadro 10 se presenta para 1997) como estaba la distribución de hospitales públicos, privados y militares y el número de camas que cada uno tenía, sobresaliendo la red privada con 7.783 hospitales el 47% del total de hospitales y clínicas existentes en el país para ese periodo con 383.353 camas que representaban el 34.9% del total de todos los hospitales.

La salida que fue propuesta por el gobierno nacional a la crisis, son las

²⁷ La Ley 100 ha sido un poderoso instrumento de enriquecimiento para el capital privado dedicado a la intermediación y al aseguramiento. La revista Semana, al reseñar las cien empresas más grandes de Colombia, informa que se destacan Saludcoop, Coomeva, Colsánitas, Medicina Prepagada, Susalud y Salud Total. Las cinco tuvieron ventas en 2003 por 2,02 billones de pesos, de los cuales solo Saludcoop facturó 1,3 billones, superando los ingresos operacionales de Bancolombia, el primer banco del país, que solo alcanzó 1,17 billones.

Cuadro 10. PORCIÓN DE CAMAS Y HOSPITALES POR SECTOR. 1997

SECTOR DE AFILIACION	HOSPITALES		CAMAS	
	No.	%	No.	%
Público (no seguridad social)	6.498	39.2	497.710	45.1
Público (seguridad social)	876	5.3	83.356	7.6
Privado	7.783	47.0	383.353	34.9
Filantrópico	1.284	7.8	124.923	11.4
Militar	125	0.8	11.623	1.1
Total	16.566	100.0	1.097.965	100.0

Fuente: Ministerio de la Protección Social 2000

Llamadas “reestructuraciones” las cuales han demostrado ser equivocadas y conducentes a acelerar y no a aliviar la crisis; muchos estudios demuestran que se ha fallado es en la fórmula, puesto que esta se hace sobre la reducción de los egresos hospitalarios y no sobre el aumento de los ingresos, lo que significaría mayores aportes de la Nación. El llamado “ajuste” a que se vienen sometiendo los hospitales públicos es la búsqueda de una disminución de los costos laborales mediante la desvinculación masiva de trabajadores y contratación con trabajadores agrupados en cooperativas, los cuales han perdido la estabilidad y derechos laborales; esta medida trajo consigo la dependencia para procedimientos claves con terceros, pérdida de la capacidad resolutive y reducción del portafolio de servicios de los hospitales, y sin lograr la sostenibilidad financiera. Estas reestructuraciones hospitalarias lo que representan son la pérdida de cargos principalmente de profesionales de la salud con alto nivel de formación, lo que disminuye la capacidad instalada de cada hospital reduciendo su potencialidad para atender diferentes problemas de salud; esto, a su vez, genera un efecto contrario porque con la salida de personal calificado la facturación del hospital cae, afectando las finanzas de las entidades públicas.

En la red pública hospitalaria se presenta un problema muy grave que consiste en la no cancelación de la deuda por parte del Estado, la alta morosidad en los pagos que trae como consecuencia la carencia de camas hospitalarias, el cierre de hospitales. Los que no se cierran, no cuentan con los más elementales instrumentos quirúrgicos, los empleados

trabajan realizando grandes sacrificios²⁸ que al final nadie les reconoce; por ejemplo la mayoría trabaja sin recibir salario por meses enteros, desmejorando así la calidad de vida de sus familias y viviendo de la caridad de los parientes más cercanos; aun más, trabajan sin los más simples y sencillos elementos para poder cumplir eficientemente con las labores que les corresponde.

También se acepta y es claro que ha habido esfuerzos de reestructuración de plantas; de reingenierías al interior de los hospitales, pero eso no ha sido suficiente; al final de muchos ejercicios sigue presentándose déficit; por ejemplo haciendo un análisis por nivel de complejidad se muestra a los hospitales de segundo y tercer nivel durante todo el periodo como deficitarios. También se ha presentado una lenta transformación de los subsidios de oferta a los subsidios de demanda que se ve reflejada en la dificultad del proceso de afiliación al Régimen Subsidiado y no ha generado incentivos para la reestructuración de los hospitales; la presencia de déficit en las ESE han contribuido a originar una notable desventaja competitiva y rezago tecnológico frente a las instituciones del sector privado, por la inexistencia de recursos para inversión en equipo médico científico y mantenimiento de las edificaciones y equipos existentes.

Cerca de diez hospitales públicos se han cerrado, mientras que 79 de ellos, en 20 departamentos, se encuentran al borde del colapso. Se trata de hospitales universitarios y públicos de segundo y tercer nivel, que atienden a la población más vulnerable del país; no es raro que los mismos pacientes tengan que llevar los medicamentos e insumos para ser atendidos. El Estado colombiano decidió reemplazar el modelo público de oferta subsidiada de servicios por uno de libre competencia regulada, con supuestos mecanismos de protección directa a la población más pobre. Pero a juzgar por la realidad, los mecanismos han fracasado; la improvisación de los procesos de conversión de los hospitales públicos en ESE se refleja en la ausencia de condiciones institucionales para que se adapten al complejo

²⁸ La salud del país sufre de manera especial los efectos de la crisis, al reducirse el empleo y el ingreso de las familias, y al presentarse explosión de la demanda por servicios financiados con recursos públicos que afectan tanto el régimen contributivo como al subsidiado. contraviniendo. Esta situación, ha llevado a los trabajadores a condiciones de miseria y desprotección, pues las deudas salariales oscilan entre los cuatro y 40 meses, con un promedio nacional del orden de 14 meses de sueldos, sin cotizaciones de salud, pensiones y demás prestaciones sociales determinadas por la Ley. La salud no es un negocio sino una obligación del Estado.

modelo asegurador, pues se presentan inequidades en las plantas de personal; algunas empresas tienen 80% del personal vinculado a la planta y otros al contrario, tienen el 80% del personal contratado por prestación de servicios, originando inequidades en los costos y por ende competencia desleal. El modelo de contratación civil por prestación de servicios con aparentes menores costos en el presente, pero con el riesgo de posibles demandas o litigios en el futuro podría afectar la viabilidad económica y financiera de las ESE que en este momento presentan superávit. Se encuentran funcionarios en todos los niveles, sin perfiles adecuados que garanticen eficiencia y eficacia en el desarrollo de las funciones, hecho que, en el modelo de competencia con el sector privado representa una seria desventaja.

Desde el punto de vista de gestión, los hospitales se ven afectados por la carencia de apropiados sistemas de información, pues algunas ESE no cuentan con herramientas informáticas para funciones vitales que por el volumen ameritan la sistematización. Igualmente se han detectado instituciones que cuentan con varios sistemas de información independientes para diversas actividades, generando retrocesos y sobrecostos innecesarios. *“En el problema actual hospitalario hay sobre-oferta y mala utilización de los recursos por que las redes no funcionan como deberían”* señala el Dr. Diego Palacios (2005), un ejemplo de esta situación podría ser el hecho de que en el tercer nivel de atención se atiendan patologías que debieran ser remitidas a instituciones de primer nivel de atención, presentándose así un aumento en los costos; El Ministro de la Protección Social, atribuye por su parte la crisis hospitalaria a los gobernadores y los alcaldes; él asegura que *“no se puede desconocer esa responsabilidad del Gobierno Nacional y que la función de este es convertirse en un facilitador y colaborador de los gobiernos departamentales y municipales”*, (Colprensa). El Ministro asegura que siete de los 27 hospitales de tercer nivel que funcionan en el país, presentan situación crítica, los cuales son: San José de Popayán, Universitario del Valle, San Jorge de Pereira, Ramón González Valencia de Bucaramanga, Universitario de Barranquilla, Universitario de Caldas y el Universitario de Santa Marta.

3.2. SITUACION PRESUPUESTAL Y DE RESULTADOS FINANCIEROS

Sin duda la crisis ha sido el resultado de múltiples factores²⁹, pero por su connotación y efecto financiero el más importante de todos es la no cancelación de la deuda contraída por el Estado con estas instituciones por la atención de la población pobre no asegurada o por la morosidad en los pagos respectivos; por ejemplo, para finales del año 2003 según estudios de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) la cartera por atención a estos pacientes en los 19 hospitales más grandes y significativos del país era de \$663.517.820.274; sumándole los recursos del patrimonio autónomo del fondo de pasivo prestacional, que a través de la Ley 715/01 pasaron al Ministerio de Hacienda, los convirtieron en (TES y CDT) para cubrir parte del déficit fiscal y garantizar el pago de la Deuda Pública adquirida fundamentalmente para sostener la política de Seguridad Democrática del presidente Uribe. Al respecto la Contraloría General de la República (CGR) ha denunciado que en TES y CDT existen 2,5 billones de pesos del FOSYGA, es poco entendible, es más, es reprochable, el hecho de que los recursos que serían muy útiles para la red hospitalaria se queden en el FOSYGA buscando rendimientos financieros desviando así su verdadero objeto; yendo en contra de lo consagrado en el artículo 49 de la Constitución Política, el cual “*prohíbe expresamente destinar los recursos de la seguridad social a fines diferentes*”.

Igualmente, las EPS empezaron a construir su propia infraestructura para la atención de pacientes. En los últimos años se ha presentado un fuerte desarrollo de la infraestructura privada y crecimiento de la infraestructura pública, pero no se ha incrementado la demanda. Y en materia salarial, en 1997, se hizo una nivelación que incrementó los gastos en los hospitales hasta en un 34%, a estos costos habría que agregar el pasivo pensional que arrastran la mayoría de instituciones públicas. La disminución en pesos constantes de la

²⁹ la crisis de los programas de salud pública, el papel dominante de los aseguradores, el problema de la intermediación financiera, las limitaciones de información, la debilidad de los mecanismos de vigilancia y control; fenómenos de corrupción, de clientelismo, de ganancias excesivas por parte de los aseguradores y de crisis en el financiamiento de los hospitales públicos, de desmedro y envilecimiento en el ejercicio de las profesiones de la salud; el saqueo de recursos por la intermediación; el congelamiento de 2 billones de pesos del FOSYGA; el incumplimiento de pagos del Gobierno a la red pública hospitalaria; el traslado de los pacientes de mayor edad y de Enfermedades de “alto costo” al sector público para no tocar las ganancias del sector privado; el impacto del desempleo; la aberrante evasión – elusión de aportes patronales; el cierre diario de hospitales y la muerte de miles y miles de personas por falta de atención en salud, muestran el más dantesco panorama que haya vivido la salud en nuestro país.

Rentas Cedidas comenzó a partir de 1996, por el mal comportamiento de loterías y licoreras departamentales, también se dio una reducción del Situado Fiscal que comenzó en 1997.

La transformación de recursos de oferta a la demanda, que absorbe para 1999 el 16% del Situado Fiscal, este porcentaje, ha podido ser compensado por la venta de servicios a las EPS y ARS, en los distintos niveles de complejidad. Se podría decir que los hospitales públicos son deficitarios por ineficiencia y mala gestión; son entidades que no saben facturar, no son capaces de hacer gestión no recuperan cartera; antes de que se llevara a cabo la reforma de 1993, la mayoría del porcentaje de financiación de los hospitales era por la fuente “recursos de oferta” –el situado fiscal y las rentas cedidas.

A todo lo anterior se sumó, de manera indirecta, el desvío de millonarios recursos del régimen subsidiado, la falta de control por parte de la Superintendencia de Salud y la fusión de los Ministerios de Trabajo y Salud, que según lo resalta Juan Carlos Giraldo, director de la Asociación de Clínicas y Hospitales, en su documento de análisis reforma al sistema (2004), *“hoy hay pérdida de liderazgo técnico por parte del Ministerio de la Protección Social, la agenda se está haciendo en función de las necesidades gubernamentales, no hay presupuesto, se hace escasa investigación, no existe profundidad temática y la representatividad es relativa”*. Diferentes estudios establecen que la transformación al Sistema General de Seguridad Social en Salud ha generado un significativo aumento en el gasto público en salud el cual pasó de: 3.5% del PIB en 1993 a 5.5% del PIB en 1999 y se estima que actualmente asciende al 8% del PIB, permitiendo a su vez, que en el período comprendido entre 1994 y 2002, un incremento mayor del 100% en los ingresos de los hospitales públicos.

Se podría decir que los objetivos establecidos en la Ley 100 no se cumplieron, a pesar del incremento en los recursos se presentó una baja cobertura en la afiliación, una disminución en la transformación de recursos de oferta a demanda; el proceso de conversión de hospitales en ESE se hizo incompleto o lento, el gasto hospitalario se hizo más inflexible y los hospitales públicos se tornaron insostenibles financieramente. El sector hospitalario vive uno de sus momentos más críticos, por la iliquidez que ha puesto en peligro a muchas

instituciones y tiene en problemas a todo el sector; un factor determinante que incide en la crisis financiera es el incremento sostenido de la cartera morosa que presentan las ESE. Igualmente, esto se debe a los sistemas de contratación existentes en el mercado; mientras crecen las deudas de las EPS y ARS con los hospitales públicos, crecen los superávits de las EPS privadas y algunas ARS.

El incremento de 18.632 empleados en el Sector Salud oficial del país entre 1994 y 1997, contribuyó a originar, junto con la nivelación salarial iniciada en 1995, el déficit sostenido de los hospitales públicos del país. La nómina oficial de los departamentos ascendió de 86.693 funcionarios en 1994 a 105.235 en 1997. Es necesario precisar, sin embargo, que la conversión de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado y el énfasis y desarrollo de los sistemas administrativos y de facturación, generó necesariamente un incremento de la planta de personal de las instituciones a partir de 1995.

La falta de liquidez de los hospitales públicos es explicada a juicio de la CGR por reglas de juegos ineficientes que no fueron claras desde el primer momento las cuales incrementaron los costos de transacción del sistema; el actual diseño institucional produce demoras en el flujo de los recursos³⁰ que afectan la sostenibilidad financiera, por ejemplo se presentan retrasos en los pagos de las entidades territoriales a las ARS y de éstas a las IPS, incluyendo dentro de estas a los hospitales públicos; la red de hospitales públicos está sometida a demoras en los flujos de los recursos que les imponen los intermediarios; es evidente que los retrasos y las demoras en los giros causan consecuencias nefastas para todo el sector hospitalario; debido a estas demoras las instituciones se ven en la penosa obligación de no cumplir con los compromisos económicos y financieros previamente adquiridos, en parte toda esta situación se desencadena por los pasos que tienen que darse para desembolsar estos recursos, los cuales generan las tan odiadas demoras .

Así mismo los hospitales públicos ven afectado su recaudo por la demanda de servicios de la población no cubierta y no reconocida como pobre, ya que están obligados a atenderlas

³⁰ No es más que un sistema de intermediarios financieros, enlazados en una larga cadena, cuyos últimos eslabones, son los usuarios y las entidades prestadoras del servicio, principalmente las públicas, ya que cuando los recursos salen del primer eslabón de la cadena, tiene un valor, el cual se va disminuyendo en la medida que pasa por las fiduciarias, departamentos, municipios, ARS, EPS, y contratistas, finalmente cuando llega a los usuarios y hospitales, en el mejor de los casos, se obtendrá 25 pesos de cada 100 que iniciaron el tortuoso recorrido. Ángel Salas F. (La crisis de la salud: ¿Quién responde? Sep. 15, 2004).

en caso de urgencia y a correr el riesgo de no pago, situación que acrecienta la cartera vencida.

A lo anterior hay que sumar que los recursos de las transferencias territoriales destinados a la población pobre no cubierta en algunos casos no alcanza a cubrir la demanda, razón que genera que los entes territoriales contraigan deudas con los hospitales, esto como resultado de un sistema de reparto complicado que según la CGR no ha dejado claro cual es la entidad responsable del Régimen Subsidiado y tampoco de la red de hospitales; sin embargo, se encuentra que esto fue uno de los principales objetivos de la Ley 715 de 2001 la cual contempló que los departamentos serían los encargados de financiar los hospitales y los municipios de aumentar la cobertura del régimen subsidiado.

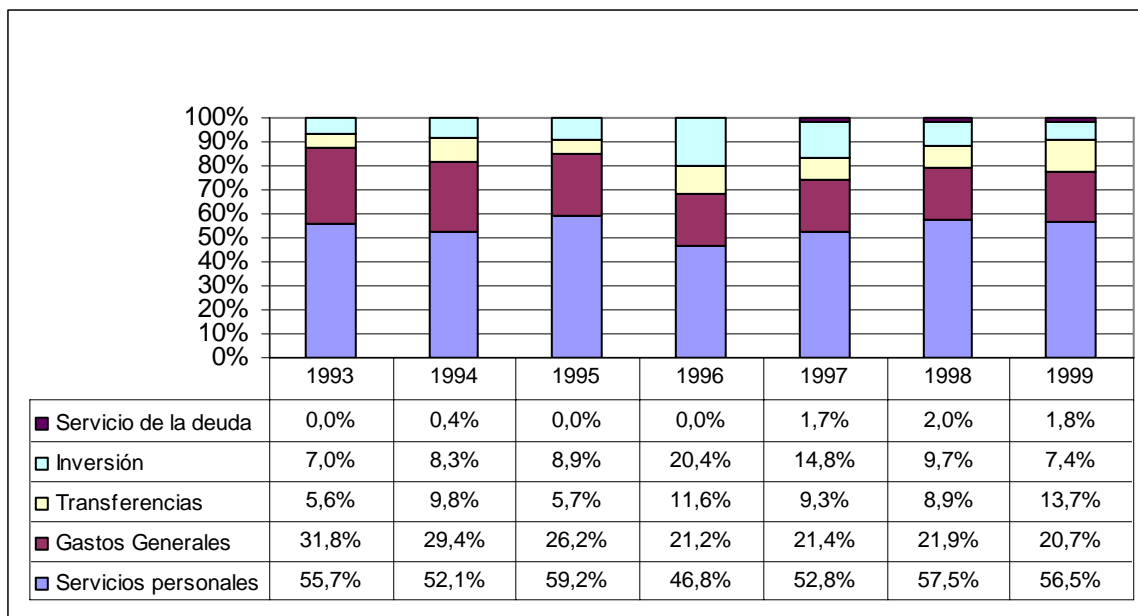
Algo muy importante que hay que resaltar es el hecho de que el Gobierno Nacional es el responsable de la población pobre no cubierta por ningún sistema de salud o también llamados “vinculados”, recordando que la atención de estos está en las manos de la Red de Hospitales Públicos del País; esta red espera el pago del gobierno por este concepto, el cual en la gran mayoría de las veces, no llega, generando esto un déficit. En recientes declaraciones el decano de Medicina de la Universidad Nacional, Jaime Gallego Arbeláez, afirma que *“el problema fundamental de los hospitales públicos, sean o no universitarios, no es la burocracia; aunque es necesario realizar ajustes administrativos que garanticen su eficiencia, la mayor carga en esa crisis la tiene el gobierno central, pues paga, tardíamente y a tarifas irreales, los servicios que se prestan”*. Ninguna empresa, por eficiente que sea, puede sobrevivir si no le cancelan lo que le adeudan.

Según cálculos de la CGR, el costo de sanear la red pública se estima en cerca de \$1.5 billones que sería destinado para cubrir los costos de las reestructuraciones y el déficit; se debe tener en cuenta que cualquier medida que se intente o se quiera implementar podría funcionar si en primera instancia el gobierno al tiempo decide cancelar lo que les adeuda a los hospitales, dado lo cuantioso de las deudas del Estado; muchos expertos dicen que los hospitales públicos son empresas que “no son rentables”, por falta de clientes, esto es falso, ya que en un país como Colombia donde la mayoría de la población no tiene ingresos fijos y por tanto no puede pertenecer al régimen contributivo en salud, a la Red Pública Hospitalaria lo que le sobran son clientes; el verdadero problema es que el responsable de esta cuenta es el Estado y no paga; toda esta situación trae consigo el cierre de

importantísimos hospitales incluidos hospitales universitarios, lo cual constituye una seria amenaza para la salud de los colombianos, ya que en estos se desarrollan diferentes investigaciones, en pro de la salud de los colombianos y la formación de nuevos profesionales de la salud.

En lo referente a los gastos de los hospitales públicos existe la hipótesis de que los hospitales son entidades burocratizadas, con exceso de personal, lo cual fue el principal motivo para plantear las llamadas reestructuraciones. En el gráfico 13 las franjas moradas corresponden al gasto de personal y lo que se logra observar y percibir es que efectivamente los hospitales tenían un promedio de gasto en personal del 60% al inicio de la reforma situación que no se modificó a pesar de las reestructuraciones”, lo que puede llevar a afirmar que ese no era el problema. En el cuadro 11 se observa el gasto por niveles de la administración pública en salud para el periodo 1975 -2000, donde se evidencia un incremento en el gasto nacional descentralizado llegando al 30.62% en el año 2000 se destaca también una importante disminución del gasto departamental pasando del 51.35% en el año 1999 a 26.33% en el año 2000

Gráfico 13. Participación porcentual de gastos por rubro total Nacional 1993 - 1999



Fuente: Revista Hospitalaria; Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

CUADRO No. 11

Gastos por niveles de las administraciones públicas en salud

AÑO	1975	1990	1993	1997	1999	2000
Nacional Central	16.54%	8.29%	1.94%	11.92%	7.16%	16.09%
Nacional descentralizado	17.54%	5.15%	6.64%	13.83%	17.80%	30.62%
Departamental	55.50%	69.84%	72.27%	51.17%	51.35%	26.33%
Municipal	10.37%	16.72%	17.14%	19.78%	23.67%	25.48%
Entidades de Seguridad Social	0.05%	0.00%	1.01%	3.31%	0.02%	1.48%
TOTAL GENERAL	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Registro F400 Cuentas Nacionales, DANE:

3.3. CARTERA DE LA RED PÚBLICA HOSPITALARIA

La red pública de prestadores de servicios de salud, invierte recursos para la atención de los pacientes en el pago de médicos generales, especialistas, personal de apoyo, diagnóstico, y administrativo, insumos como medicamentos y material médico quirúrgico y mantenimiento de equipos, entre otros, sin obtener un pago oportuno y en muchos casos dicho pago no se realiza; se da este inexplicable comportamiento, a pesar de las reglamentaciones expedidas por el Gobierno Nacional.

El colapso del régimen subsidiado, por los procesos de liquidación de las ARS que se iniciaron a raíz de la expedición del Decreto 1804 de 1999, que revocó un alto porcentaje de ellas, de 239 autorizadas, quedaron sólo 42 en el mercado, originó pérdidas representativas a los hospitales públicos; la insuficiencia patrimonial de estas empresas no cubrió los pasivos que adeudaban a los hospitales.

El rubro deudores en las ESE, pasó de \$102.414 millones a \$875.757 millones durante el periodo comprendido entre 1996 y 2001, es decir, el incremento fue de 7.5 veces, según las cifras de los estados financieros con corte al 31 de diciembre de 2001 reportados por las ESE a la Contaduría General de la Nación, los hospitales públicos presentaban una cartera por concepto de prestación de servicios de salud de \$630.533 millones cifra que sobrepasa el medio billón de pesos, de los cuales, las ARS adeudaban \$322.214 millones (51.1%), las Empresas Promotoras de Salud (EPS) \$164.019 millones (26%), las compañías

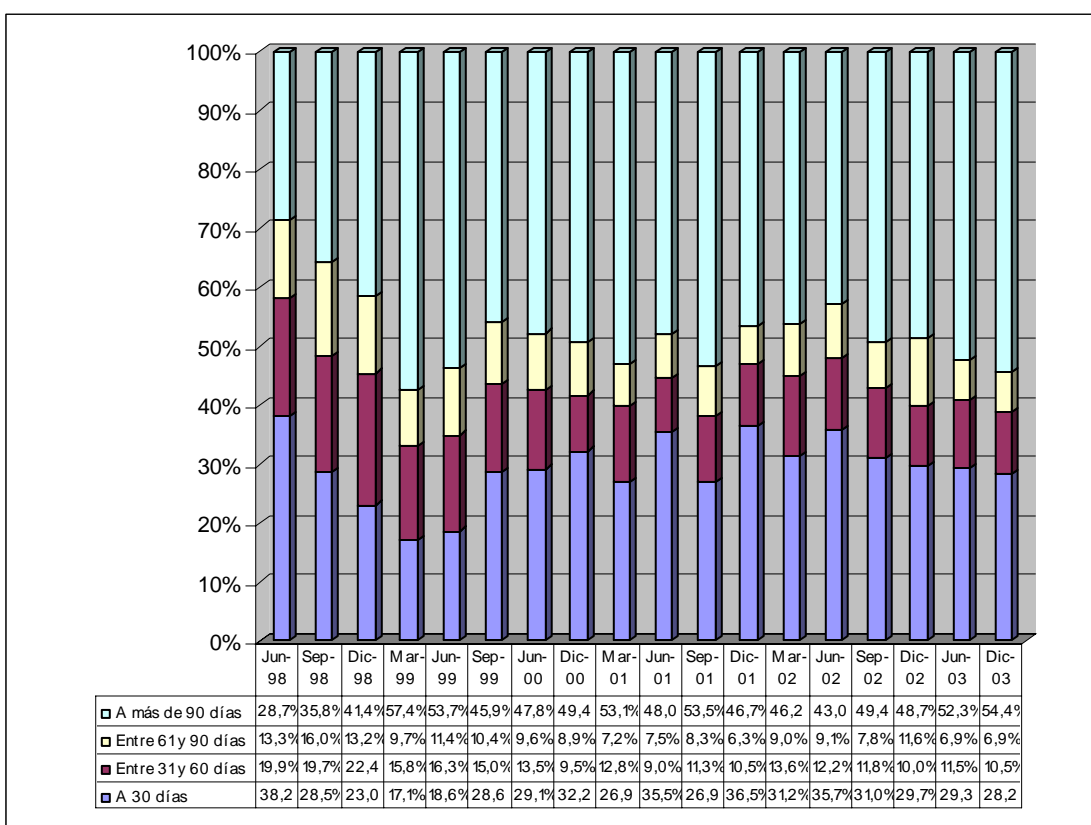
aseguradoras \$12.595 millones (2%) y las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) \$931 millones (0.2%). Así mismo, las deudas de dudoso recaudo aprovisionadas en los estados financieros por las ESE por concepto de servicios de salud ascendía a \$130.774 millones (20.7%).

Otro de los elementos que inciden en el crecimiento de la cartera morosa coincide con las inequidades del sistema en cuanto a obligaciones y derechos de los prestadores, puesto que existe la obligatoriedad de la prestación de servicio de urgencias, sin ninguna garantía de pago. Un estudio realizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC arrojó que desde 1998 se viene presentando un detrimento en la cartera por edad con un 47.2% esto calculado por medio de promedio ponderado de la deuda total a más de 90 días. Para entender más claramente la situación de la cartera de la Red Pública Hospitalaria es necesario definir los tipos de deudores más significativos los cuales han sido establecidos previamente por la ACHC en 12 tipos; se encuentran en primer lugar las EPS – Régimen Contributivo, quienes según la asociación registran la deuda de las entidades promotoras de salud que administran este régimen; seguidas por las EPS en liquidación y las que fueron reportadas por nombre pero que no identificaron el tipo de negocio; sigue la deuda más importante y significativa la del Estado la cual está conformada por los entes territoriales quienes a su vez están representados por las secretarías departamentales o direcciones seccionales de salud, alcaldías, gobernaciones, siendo esta categoría la responsables por la atención a la población pobre no asegurada o también denominados “vinculados”; el FOSYGA y otras entidades del Estado. Por parte del régimen subsidiado están registradas las entidades que administran este régimen es decir las ARS; como se mencionó anteriormente la cartera de a más de 90 días es la más representativa con el 50.1% del total de cartera.

En el gráfico 12 se observa el comportamiento de la cartera a más de 90 días en el periodo 1998 a 2005, es notorio como esta ha presentado un crecimiento hasta el punto de haber alcanzado el 57.4% en marzo de 1999; es destacable que esta cartera paso de 28.7% en junio de 1998 a 50.1% a junio de 2005; las otros tres tipo de edades que se muestran en el gráfico se han mantenido constante a través del tiempo, mostrando en algunas ocasiones pequeñas variaciones, sin embargo es necesario resaltar que la cartera entre 61 y 90 días

presentó una notable disminución pasando del 13.3% en junio de 1998 a 6.9% a junio de 2005. Es claro que las propias EPS, privadas y públicas, también contribuyeron a la crisis porque empezaron a demorar los pagos. Un informe de seguimiento de cartera con corte a diciembre 31 de 2003, elaborado por la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales, revela deudas por 1,1 billones de pesos en entidades públicas y privadas.

Gráfico 12. Comportamiento histórico de la composición de la cartera por edad 1998 - 2005



Fuente: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC; Revista hospitalaria, Informe de seguimiento de cartera a junio 30 de 2005

CAPITULO V

CRISIS DEL SISTEMA PÚBLICO HOSPITALARIO EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

1. CRISIS HOPITALARIA

Como se ha mencionado la crisis hospitalaria está presente en todo el país desde hace mucho tiempo y el departamento de Santander no es la excepción allí es evidente la misma, acentuadas aún más con la expedición de la Ley 100 de 1993; la crisis se desencadena por múltiples factores, entre los cuales se encuentran; la carga pensional, alta burocracia y políticas de reducción del gasto público; esto último por parte del gobierno tanto nacional (recursos del SGP) como departamental. En este departamento la crisis afecta a por lo menos el 90 por ciento de los 42 hospitales que conforman la Red Pública. Los casos más graves son el del Hospital Universitario Ramón González Valencia en Bucaramanga y los de Málaga, Vélez, Socorro, San Gil, Puente Nacional y Barrancabermeja. Todos ellos presentan un déficit de \$79.000 millones, que aumenta al pasar de los años, debido en gran parte, como en la mayoría de los hospitales públicos del país, a la carga que representan los 889 pensionados que se financian con recursos de los hospitales y cuyo costo es de 14.000 millones anuales.

Otros factores que contribuyen a la crisis son el no pago de la atención a la población vinculada y el retardo por parte de algunas ARS, en el pago de facturas por servicios prestados por los hospitales. Se destaca el caso de San Gil, en el cual el déficit presupuestal es de \$7.000 millones y las deudas por pagar de \$5.344 millones; otro caso destacable es el del Hospital de Puente Nacional, institución que presenta un déficit presupuestal de cerca de \$1.300 millones. Por último, se encuentra el caso del Hospital Universitario Ramón González Valencia que tiene una deuda de 39.000 millones de pesos.

El gobierno departamental, para el caso específico del Hospital Universitario Ramón González Valencia planteó una solución consistente en la firma de “Planes de Desempeño”: las directivas del hospital debían comprometerse a reducir la planta de personal, los gastos de funcionamiento y obligatoriamente a aumentar la cobertura; el Ministro de Hacienda

argumenta que el hospital ha sido objeto de varios beneficios los cuales a la hora de la verdad han ayudado a generar la crisis; entre los cuales se podrían mencionar que los trabajadores se pensionan con 20 años de servicio, 50 años de edad las mujeres y 55 años los hombres; según el ministro, al revisar las diferentes pensiones se encuentran casos extremos como que existen personas pensionadas con apenas 10, 12 y hasta 14 años de servicio; esto según el ministro, sin tener en cuenta los factores con que se han liquidado las mesadas.

Haciendo una revisión de las cuentas por cobrar del hospital se encontró lo siguiente:

- \$28 mil millones correspondían a la facturación por la atención a la población pobre; es decir a población “vinculada”, la cual es responsabilidad del Estado, el Hospital es quién a la hora de la verdad se esta haciendo cargo de este segmento de la población.
- \$30 mil millones por contratos de Concurrencia; los cuales oficialmente el 70% debían ser cubiertos por el gobierno nacional y el restante por el departamento; pero esto tampoco se cumplió y el hospital era quien venía cubriendo toda la deuda.
- \$10 mil millones por administración del Régimen Subsidiado de Salud (ARS); estos dineros debían ser reembolsados por las diferentes administradoras privadas.
- \$6 mil millones por deudas de administradoras que desaparecieron, por obvias razones este dinero ya no se puede cobrar.

Luís Alberto Mendoza Perrián (2004) comenta que con todos esos antecedentes las directivas del hospital no firmaron el denominado “plan de desempeño”; pero si firmaron junto con el gobierno departamental para darle una solución a la crisis, el llamado “Contrato por capitación”, el cual consistía en que el hospital asumía la atención de cierto número de personas, establece un precio por persona denominado unidad de pago por capitación, la cual era asumida por el gobierno departamental. El contrato fue firmado por \$10 mil millones anuales; desconociendo que el funcionamiento del hospital anualmente costaba \$27 mil millones, el hospital se comprometió a cumplir con la atención de 660 mil personas pobres en todo el departamento, en los niveles 2, 3, y 4 a los siguientes precios per cápita:

- Nivel 2 = \$11.800 aprox.
- Nivel 3 = \$12.300 aprox.
- Nivel 4 = \$ 1.200 aprox.

Pero definitivamente no se contó con muchas variables para hacer los cálculos; por ejemplo no se realizó previamente una evaluación técnica que permitiese determinar aspectos como; el perfil epidemiológico de los usuarios, teniendo en cuenta su edad, estado económico, proveniencia entre otros; tampoco se realizó una evaluación de la población que se iba a atender, es decir no se efectuó un censo; se hicieron cálculos sin un criterio definido y el contrato se firmó por 660 mil personas pobres pero a la hora de la verdad llegaron más de un millón; así mismo debió haberse aclarado y dejado por escrito que servicios iba a cubrir el hospital; el hospital se vio en la obligación de atender y prestar cualquier servicio que requiriera la población.

Resumiendo la crisis del sector hospitalario en Santander tiene las mismas causas de la crisis de este sector a nivel nacional: la demora en el pago de la facturación, el no pago de alguna parte de la facturación, la disminución en las tarifas de los servicios prestado, una infraestructura excesivamente alta en comparación con la demanda y un alto costo laboral y pensional, éste último factor quizás, muy notorio en el caso santandereano.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

Los objetivos trazados en la Ley 100 de 1993 de reforma en el sistema de salud en Colombia, en general, no se han cumplido. La cobertura ha bajado a menos del 60% de la población, la calidad de los servicios de salud ha disminuido y cada día a los enfermos les toca comprar medicamentos indispensables con su dinero.

Lo que antes era una responsabilidad bien establecida en cabeza del Estado, quien a través de sus hospitales públicos atendía a la población desprotegida de un servicio de salud contratado, actualmente no se sabe a ciencia cierta a quien corresponde. Por eso se ve con gran preocupación, que con alguna frecuencia se presenta en Colombia el llamado paseo de la muerte; los seres humanos se convierten en una especie de bola de “ping-pong” y son devueltos o rechazados de una clínica u hospital a otro, hasta que finalmente encuentran la muerte.

El colombiano pobre, así esté cubierto por el régimen contributivo, hoy tiene que recurrir a la figura de la tutela para obtener los servicios de salud en caso de grave enfermedad, para que le sea efectuada una intervención quirúrgica o para obtener medicamentos que le preserven la vida.

Lo que sí se observa, años después de implementada la reforma, es que los intermediarios del régimen contributivo, las EPS, como los del régimen subsidiado las ARS, han obtenido grandes ganancias que ha hecho posible el incremento acelerado de su patrimonio; esto ha sido posible gracias a que del total de ingresos recibidos, por la UPC, tratan de gastar menos posible en atención médica y en medicamentos, la remisión de un médico general a un especialista son escasos, así lo requiera la enfermedad de la persona.

Por el contrario la red pública hospitalaria está quebrada. Los hospitales prestan servicios de salud tanto a beneficiarios del régimen contributivo como subsidiado y a los “vinculados” pero estos son pagados con mucha extemporaneidad lo que ha dificultado

grandemente su liquidez y solvencia. En muchos casos las facturas correspondientes no son pagadas.

El gobierno a través de todas las Leyes de reforma, cambió el sistema de financiamiento “subsidio a la demanda” y es decir que ya no garantiza el funcionamiento normal de un centro hospitalario, sino este depende en cuanto su funcionamiento, en buena parte, de los servicios que presta. No obstante, como se expresó, en muchos casos se presta el servicio y no se recibe el pago, o si este se presenta es con alta demora.

Los funcionarios públicos han responsabilizado de este déficit hospitalario a la alta carga laboral y pensional existente y a las supuestas altas erogaciones por este concepto. Sin negar que efectivamente en muchas convenciones los beneficios laborales y pensionales fueron muy generosos, no es posible aceptar que este haya sido la causa de la crisis.

El problema fundamental es que la infraestructura hospitalaria hoy día no tiene la suficiente demanda de servicios y si existe, el pago por la prestación de los mismos se da con alta mora, con efectos indiscutibles sobre su estabilidad presupuestal.

En muchas ciudades la red hospitalaria ha sido reemplaza sin estudios de planeación previos, por una red de clínicas montadas por el sector privado, especialmente por las EPS, que se haya en promedio exceso de camas en relación con la demanda.

Los hospitales universitarios han disminuido obligatoriamente su calidad en el servicio, toda vez que en implementación del programa de reestructuración tendiente a la baja en los costos de la nómina, se han visto en la necesidad de prescindir de especialistas y otro personal muy calificado, para dar paso a la contratación de médicos con baja experiencia a través de cooperativas de trabajo asociado. En general se ve una drástica disminución de la remuneración de todo el personal que trabaja en el área de la salud, lo que traerá más temprano que tarde, un desincentivo que necesariamente deberá repercutir en la calidad del servicio con evidentes perjuicios para la salud de los colombianos.

Como solución al problema hospitalario actual se recomienda a través del poder legislador, regulador y de dirección del Estado lo siguiente:

a. Asegurar a la red hospitalaria la suficiente demanda de servicios de tal forma que pueda cubrir sus costos de funcionamiento. Para ello, debe ejecutarse una verdadera labor de planeación del Estado Colombiano a nivel nacional a través del Departamento Nacional de Planeación (DNP), a nivel regional de los entes de planeación, los hospitales que sobren realmente según estudios, deben cerrarse. No obstante, debe tenerse en cuenta que así sea con subsidios de oferta que complementan una demanda escasa de servicios, el Estado colombiano debe hacer presencia oportuna en el tema de salud en todo el territorio nacional.

b. debe velarse porque los servicios prestados por los hospitales se paguen oportunamente. El incumplimiento injustificado en el pago debe sancionarse severamente.

c. La calidad de los servicios de salud debe mantenerse, como objetivo fundamental del sistema, en esto la remuneración adecuada al personal que trabaja en el área debe ser también un objetivo fundamental. No puede seguirse aceptando que por ejemplo, un magistrado de un tribunal así sea regional gane hoy aproximadamente \$15 millones mensuales, mientras que un especialista de un hospital universitario no devengue más allá de \$3 millones.

d. El sistema de aseguramiento, que se aplica en el sistema de salud en general debe eliminarse para darle paso al de administración en el cual las EPS y ARS se les reconozca un porcentaje del valor de los servicios prestados y medicamentos entregados. Persistir en el sistema de aseguramiento es seguir permitiendo que las mencionadas entidades decidan bajar el costo de la salud para así incrementar sus utilidades.

e. El gobierno no necesita buscar más recursos para la salud en Colombia; lo que tiene que hacer es reorganizar el sistema. Menos dinero para las EPS y ARS y más para los colombianos, del régimen subsidiado.

BIBLIOGRAFÍA

Organización Panamericana de la Salud (OPS), “división de desarrollo de sistemas y servicios de Salud, *Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Colombia “programa de organización y gestión de sistemas y servicios de Salud”*”, Mayo del 2002.

Luís Gonzalo Morales Sánchez, *El Financiamiento Del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia*, Santiago de Chile Julio de 1997, Naciones Unidas.

Eduardo Alvarado Santander, Secretario técnico CNSSS, *Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes 2004-2005*, Bogota julio de 2005.

Ramón Abel Castaño, José J. Arvelaez, Ursula Giedion, Luís Gonzalo Morales, *Evolución de la equidad en el Sistema de Salud colombiano*; Santiago de Chile Mayo de 2005.

Carlos Arturo Meza Carvajalino, Jairo Guillermo Isaza Castro, *Tendencias recientes y perspectivas de la cobertura en el Régimen Contributivo de Salud en Colombia*, Bogotá agosto de 2004, Universidad de la Salle.

Mauricio Restrepo Jaramillo, *Revista Biomédica Instituto Nacional de Salud, Una nueva reforma al Sistema de servicios para la Salud*, Volumen 24 No. 4 Bogotá Diciembre de 2004.

Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Análisis de las reformas del sector salud en los países de la Región Andina*, 2da edición, Julio 2002.

Olga Lucia Acosta, Manuel Ramírez, Carlos Iván Cañón, *la Viabilidad del Sistema de Salud ¿Qué dicen los estudios?*, Bogotá 2005, Fundación Corona, Universidad del Rosario.

Olga Lucia Acosta, Manuel Ramírez, Carlos Iván Cañón, *Principales estudios sobre sostenibilidad financiera del sistema General de Seguridad Social en Salud*, Octubre de 2004.

“EL FONDO NACIONAL HOSPITALARIO”, *En nueva Frontera*, No. 135, junio 15 de 1977.

REVISTA GERENCIA Y POLÍTICAS DE SALUD. No. 2, Jorge Iván González, *Salud y Seguridad Social: Entre la solidaridad y la equidad*, septiembre de 2002.

REVISTA GERENCIA Y POLÍTICAS DE LA SALUD No. 2, *Juan Carlos Eslava, Hospital Universitario y crisis hospitalaria en Colombia* septiembre de 2002.

REVISTA HOSPITALARIA año 7 No. 44. *Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), Hacia una Nueva Política Hospitalaria en Colombia* Noviembre/diciembre de 2005

REVISTA HOSPITALARIA año 7 No. 43 *Asociación Colombiana de Hospitales y clínicas ACHC*, Septiembre/octubre de 2005.

REVISTA DINERO, Junio 11 de 2004 No. 207 Pág. 174.

Paginas de Internet consultadas:

Fundación Corona WWW.fundacioncorona.org.co

Organización Panamericana de la Salud WWW.col.ops-oms.org/

Revista Salud Colombia www.saludcolombia.com