

ECONOMÍA Y SOCIEDAD







TRANSFORMACIONES RECIENTES DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA Y EN EL DISTRITO

NATALIA PAREDES H.*

"El bien de la salud es uno de los más preciados, y -dentro de ciertos límites- es posible, hacer que lo disfrute la gran mayoría. Habrá siempre, es verdad, enfermedades y muerte. Pero la gran mayoría de las enfermedades son prevenibles con simples métodos y la gran mayoría de las muertes prematuras pueden también evitarse haciendo que el promedio de vida crezca para todos los grupos, y no solo para los privilegiados. Este es el gran papel de la Salud Pública: educar a todas las gentes en estas sencillas verdades, verdades que, conocidas, harán que esas mismas gentes busquen, reclamen, exijan y obtengan los derechos inalienables a que son acredores como seres humanos"

Héctor Abad Gómez

* Economista, investigadora del CINEP

E

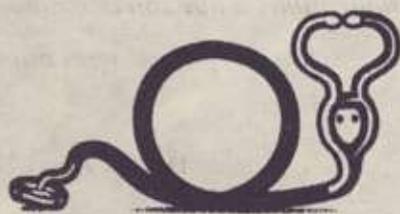
l presente artículo pretende mostrar el nuevo panorama del sector salud en Colombia, a partir de las transformaciones recientes sobre el comportamiento de las instituciones y de los actores sociales frente a un nuevo modelo de

organización, gestión y prestación de servicios. Particularmente, se describen las reformas que se han producido en Bogotá D.C., como parte fundamental del proceso de descentralización distrital.

Estas reformas en el sector salud son quizás las que más rápidamente vienen avanzando, tanto en el nivel de los cambios estatales, como de la irrupción de nuevos actores en el 'mercado' recientemente abierto. Las entidades territoriales vienen reestructurando las direcciones locales, se está impulsando la creación de sistemas municipales y locales de salud, los hospitales públicos se están transformando en Empresas Sociales del Estado y ha visto un manejo autónomo de los recursos progresivamente.

Así mismo, la creación y desarrollo de empresas privadas administradoras de recursos del sector, llamadas Empresas Promotoras de Salud es amplia, lo que hace que en este momento la oferta sea superior a la capacidad económica de afiliación de la población demandante. Por otra parte, las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, vienen ajustándose ágilmente al modelo.

De la población total, los asalariados continúan afiliados al sistema, pero la población en pobreza absoluta está siendo muy lentamente vinculada a él, lo que deja gran parte de la población no asalariada -sector informal urbano, por ejemplo- por fuera y sin claridad frente a su futura afiliación.



LAS POLÍTICAS MUNDIALES PARA EL SECTOR DE LA SALUD

La orientación mundial en materia de salud durante la pasada década estaba determinada por la declaración de ALMA ATA (Organización Mundial de la Salud/ UNICEF, 1978), la cual se centró en la Atención Sanitaria Primaria. Esta consistía en el desarrollo adecuado de otros sectores que influyen sobre el estado de salud (servicios públicos y medio ambiente), la realización de programas preventivos y la provisión de atención básica para todos, principios que la mayoría de países consideraban como el fundamento de la política sectorial.

En 1987, el Banco Mundial formuló la política de salud que predomina en la década de los noventa en algunos países, entre ellos Colombia. Esta orientación, de corte neoliberal, se caracteriza por promover la transición de programas de inversión a unos de organización del sector. Las deficiencias del sector son atribuidas a la intervención indebida del Estado en el libre juego de la oferta y la demanda. Prima el criterio según el cual, los servicios de salud son iguales a cualquier otro producto, por lo que, en igualdad de condiciones, se debe permitir que la oferta de servicios se guíe por los precios del mercado.

Además, se deberá cobrar por todos los servicios, excepto que se demuestre una interferencia en el normal funcionamiento del mercado¹. Según dicha concepción, se consideran como interferencias en la compra-venta de servicios de salud el desconocimiento de la importancia de la atención preventiva de madres y niños y la imposibilidad de pagar a causa de la pobreza.

Como la Atención Primaria en Salud no es considerada un producto comercial, pues no se garantiza que todos paguen por las intervenciones colectivas, esta tarea sí debe ser asumida por el Estado. Ella comprende acciones de salud pública (saneamiento y recolección de basuras) y programas preventivos (educación e inmunización).

Con el predominio del modelo económico neoliberal, el mercado aparece como el ordena-

dor supremo de la sociedad y única opción ante reformas 'irreversibles' del Estado y de las políticas públicas. Esta opción por el mercado, debe confrontarse con reflexiones como la siguiente: "El mercado es un lugar donde los individuos se relacionan, más no es el único ni tal vez el más apropiado en términos del ejercicio de los derechos fundamentales y la construcción de una sociedad más justa. Existen también el afecto, la solidaridad, la responsabilidad y el cuidado como parte del tejido de la vida social"².

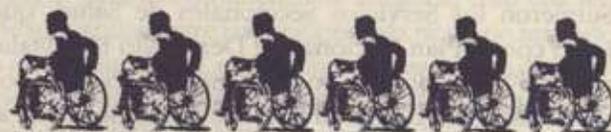
Para comprender mejor los cambios que se están presentando en el sector salud, es necesario conocer las transformaciones del Estado que predominan actualmente. En el caso de Estados Unidos, a partir de la depresión de 1930, se incorporaron programas sociales y subsidios en beneficio de desempleados y de los grupos más vulnerables. Estos programas, respaldados por los demócratas, fueron configurando un sistema de asistencia social conocido como *welfare*. A principios de 1996, después de sostener que "la era del gobierno grande ha terminado", el presidente Clinton anunció un proyecto de reforma al sistema, en el cual se reducirían los gastos en más de \$ 54 mil millones de dólares hasta el 2002, los gastos en bonos alimentarios se bajarían en un 13%, se negarían beneficios federales a inmigrantes legales y se transferirían los programas de asistencia a los estados federales³.

En Europa, los impuestos sobre salarios son devueltos por el Estado en forma de jubilaciones, servicios médicos, seguros de desempleo y otros beneficios sociales. Pero los servicios prestados por la seguridad social cuestan más de lo que se recibe, generando un déficit que a finales de 1995

llegó a \$50.000 millones de dólares. Países como Italia, España, Austria, Suecia y Holanda, tienden a reducir las ayudas sociales para disminuir su déficit. De fundamentos como la "solidaridad de la masa con el individuo" -uno de los principios del Estado de Bienestar-, se pasa poco a poco, con el tratado de Maastrich y el nuevo liberalismo, a principios que exaltan la responsabilidad individual y que prefieren confiar a manos privadas las riendas del avance social.

El Estado paternal responsable de satisfacer las necesidades de sus ciudadanos ha cambiado, acompañado de reformas como la privatización, la desreglamentación, la liberalización del mercado y la creación de condiciones necesarias para la participación del sector privado en el desarrollo social, antes responsabilidad exclusiva del Estado.

Ahora predomina la formación de asociaciones y empresas conjuntas entre grupos comunitarios, ONG y compañías privadas que trabajan con el gobierno. Para el surgimiento de estas iniciativas conjuntas, se requiere de dos formas fundamentales de cambio institucional: la descentralización y la democracia política. La primera, permite explorar otras formas de administración pública, en la medida en que los gobiernos locales se enfrentan a nuevas responsabilidades, se posibilita el traslado de recursos, la coordinación local y el desarrollo de iniciativas conjuntas. La segunda, se requiere para lograr una activa participación de las comunidades, que pueden dinamizar la formulación de políticas y su ejecución⁴.



- 1 Colclough, Cristopher y MANOR, James. ¿Estados o mercados?. El neoliberalismo y el debate sobre las políticas de desarrollo. México: Fondo de Cultura Económica, 1994. Capítulo X.
- 2 Rojas Ferro, María Cristina. "Repensar lo Social". En: *Revista Javeriana*. No. 625, (Junio, 1996); p. 309.
- 3 "Se muere el 'pater' estado?". En *El Tiempo*, Bogotá. 11 de Agosto 1996. p. 16A
- 4 Fiszbein, Ariel y Crawford, Susan. "Más allá de las Políticas Nacionales: Asociaciones para la Disminución de la Pobreza". II Conferencia Anual del Banco Mundial para el Desarrollo en América Latina y el Caribe, Bogotá, Junio, 1996.

LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

Evolución institucional del sector salud en Colombia

Según el Ministerio de Salud⁵, se pueden distinguir dos épocas anteriores al actual reordenamiento del sector salud. La primera, se inicia a finales del siglo XIX y va hasta los años cincuenta del presente siglo, caracterizada por una acción estatal de inspección, vigilancia y educación sobre la higiene y el ambiente. La salud aparece en la Constitución de 1886 como "salubridad pública" en la actividad industrial y profesional y en la de 1936 como "asistencia pública" a los incapacitados para trabajar.

En la segunda época, comprendida entre los años 60 y finales de los 80, se distinguen dos períodos:

- En el primero (1958-1974), se pasó de la higiene como algo personal hacia el saneamiento como lo impersonal, dirigido a actuar sobre el medio ambiente. Se consideró la salud pública orientada hacia el pueblo en general, junto con medidas de medicina preventiva, promoción de la salud física y mental y eficiencia en los esfuerzos comunitarios. En el nivel institucional, en 1953 el Ministerio de Higiene cambió de nombre por el de Ministerio de Salud Pública.

A mediados de los años 60, el Estado empezó a asumir directamente la responsabilidad de la prestación y financiación de los servicios, lo que condujo a un creciente desarrollo institucional y a la estructuración del Sistema Nacional de Salud. Surgieron los Servicios Seccionales de Salud, que junto con el Plan Nacional de Desarrollo Hospitalario (1969), la concepción de regionalización de los servicios y los cuatro niveles de atención médica, ayudaron a fortalecer el Sistema. La salud dejó de considerarse como un gasto y empezó a ser una inversión, se habló de la salud-desarrollo.

- A partir del segundo período (1975 - finales de los 80), se da organización formal al Sistema Nacional de Salud, cuya función era brindar servicios a la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación. El siste-

ma debía articular a las instituciones de salud del país, bajo un modelo centralista en las políticas y asignación de recursos, pero que delegaba en los departamentos la organización y prestación de los servicios.

Hasta el año 1993, el sector salud en Colombia estaba conformado por⁶:

1. Un subsector oficial, compuesto por todas las entidades públicas de dirección y prestación de servicios de salud. Comprende las entidades descentralizadas, las dependencias administrativas, las instituciones públicas de seguridad social en lo pertinente a la prestación de servicios de salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

2. Un subsector privado, compuesto por todas las entidades o personas privadas que presten servicios de salud. Comprende las instituciones privadas de seguridad social y las cajas de compensación familiar en cuanto a su componente de salud, las fundaciones de utilidad común, las corporaciones y las asociaciones sin ánimo de lucro y las personas privadas naturales o jurídicas.

Para lo concerniente a la atención en salud, los trabajadores del sector privado sólo podían cotizar al Instituto de Seguros Sociales y los del sector público a las cajas de previsión. Esto, según el Ministerio de Salud, favorecía la ineficiencia y baja calidad de los servicios.

A partir de una evaluación general sobre la necesidad de aumentar la eficiencia fiscal y administrativa en el uso de los recursos, descentralizar el sistema e integrar los diferentes subsectores institucionales, se plantea la reforma de Seguridad Social en Salud, que se llevará a cabo por medio de la Ley 100 de 1993.

Antecedentes de la reforma del 93

En Colombia, aunque se mantiene el enfoque de la Atención Primaria en Salud, el énfasis actual de la política se hace sobre la *reorganización* del sistema orientado por el mercado, dejando en segundo plano los programas de *inversión* pública directa en construcción y ampliación de infraestruc-

tura, aumento de dotación, compra de medicamentos y contratación de personal, entre otros.

Como argumentos a favor de la reforma del sistema de salud, se encuentran principalmente la falta de universalidad, solidaridad y eficiencia del anterior esquema.

Según el Ministerio de Salud⁷, el anterior sistema de seguridad social cubría solamente al 50% de los trabajadores asalariados y alcanzaba una cobertura inferior al 20%, en relación con la población total. Un 11% de la población con capacidad de pago acudía a servicios particulares (incluyendo la medicina prepagada). La población no asegurada y sin capacidad de pago era atendida por los servicios de salud del sector público, aproximadamente un 50%. Según estos cálculos, quedaría un 19% de la población sin ningún tipo de cobertura, de allí deriva la necesidad de *universalizar* el sistema de salud como lo ordena la Constitución de 1991.

Sin embargo, la insuficiente cobertura del servicio de salud no es el resultado exclusivo de un *modelo* particular de prestación de servicios. En ello influyen factores como la dificultad de acceso por la insuficiencia de ingresos de la población pobre, la falta de recursos humanos y físicos en zonas marginales urbanas y rurales y la falta de dotación y de materiales. El problema no se soluciona entonces cambiando el sistema de organización, sino superando sus causas con medidas que permitan acceder a toda la población aunque no tenga capacidad de pago, medidas que busquen la ampliación en infraestructura donde es escasa, la asignación del personal y dotación suficientes, con programas masivos permanentes de promoción de la salud, entre otros.

Para sustentar la reforma con base en el principio de *solidaridad*, el Ministerio de Salud afirma que en el anterior sistema, la mayor parte de recur-

sos eran canalizados por la seguridad social cuya cobertura era mínima en relación con la responsabilidad del sector público. Igualmente, que los gastos de los hogares eran superiores a todos los recursos públicos y de seguridad social juntos, lo que significaba que se asumía un gasto desordenado y poco efectivo.

Además, los subsidios eran similares para todos los niveles de ingreso, sin distinción en la capacidad de pago de los usuarios. Los subsidios de las entidades públicas eran progresivos, ya que recibía más quien tenía menos, pero contrario a ello, los de la seguridad social eran regresivos porque recibía más quien tenía más⁸, pero, aún así, el hecho de canalizar los mayores recursos por esta vía, resultaba en una *redistribución* en favor de la población usuaria de menores ingresos.

Algunos sectores de la población con capacidad de pago afiliados al Instituto de Seguros Sociales, argumentaban que aportaban pero no hacían uso de sus servicios -aunque en los casos de altos costos no cubiertos por la medicina prepagada, sí hacían uso de los mismos-. En el nuevo esquema, que abre la posibilidad de cotizar en empresas privadas, es posible que esta población se beneficie, al dejar abierta la opción de escoger la entidad que más les convenga, pero al mismo tiempo puede ocurrir la *descapitalización* de la seguridad social pública para atender a la población de escasos recursos⁹.

Es importante anotar, como lo señala Iván Jaramillo, que el ISS logró mantener una cobertura integral de riesgos para cinco millones de afiliados, creó una red de solidaridad entre las regiones más ricas con respecto a las más atrasadas, con regímenes especiales de afiliación para empleadas domésticas, indígenas, curas, trabajadores independientes y reinsertados¹⁰.

5 Ministerio de Salud. *La Salud en Colombia, Diez Años de Información*. Bogotá, 1994. pp. 3 - 4.

6 Ministerio de Salud. *Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud*. Bogotá: Enero 10, 1990.

7 Ministerio de Salud. *La Reforma a la Seguridad Social en Salud: Antecedentes y Resultados*. Bogotá: 1994. Tomo 1. pp. 5-7.

8 Ibid. pp. 8-14

9 Misión Bogotá Siglo XXI. *Estudio Prospectivo de Salud*. Bogotá: 1993. pp. 59-60.

10 Jaramillo Pérez, Iván. *¿Hacia dónde va el Salto Social?: El Salto Social y la Reforma a la Seguridad Social*. Bogotá: Consejería Presidencial para la Política Social - FESCOL, 1995. p.115



La organización institucional, los criterios de asignación de recursos y la gestión en la prestación de servicios inadecuados del sector público, han producido como resultado la *ineficiencia* del sistema, la cual se superaría mediante un reordenamiento externo e interno de las entidades y sus mecanismos de administración buscando mayor calidad a menores costos¹¹.

Según el Ministerio de Salud, el sector privado también era ineficiente en el antiguo esquema, porque a mayor morbilidad y prolongación de tratamientos, se producían mayores utilidades financieras, lo que resultaba en atenciones innecesarias para poder cobrar más a los usuarios. Sin embargo, con el nuevo modelo ocurre todo lo contrario, ya que al asegurarse mediante una suma fija anual por un paquete predeterminado de servicios, a las empresas de salud les resulta más rentable el menor uso de los mismos y por tanto la menor morbilidad.

En cualquier caso, ningún extremo es socialmente aceptable, en la medida en que el uso de los servicios no debe estar sujeto a la rentabilidad de las empresas, sino a las necesidades reales del paciente, asunto difícil cuando en un deber público se incorporan intereses privados.

Por ello, realizar un seguimiento a la superación de los problemas y las causas que originaron las reformas es tarea primordial para todos los actores involucrados en el tema, especialmente para los usua-

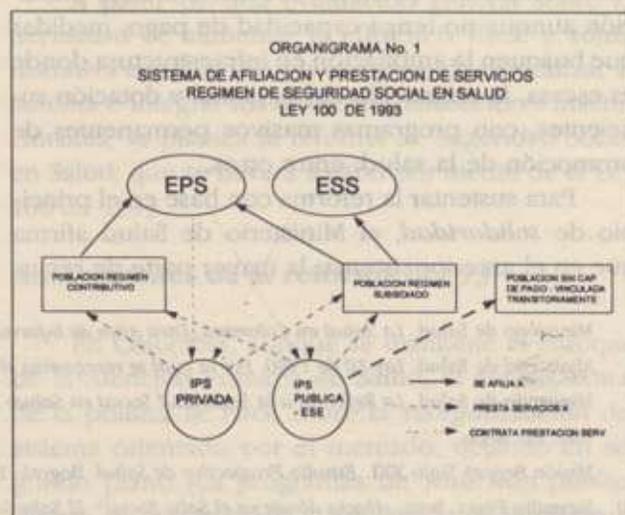
rios de servicios de salud, que disfrutarán de las bondades de la reforma o sufrirán sus efectos nocivos.

Descripción de la reforma: sistema general de seguridad social en salud

Con la expedición de las Leyes 10 de 1990 y 60 de 1993, se van generando las condiciones previas necesarias para la aparición de la Ley 100 de 1993.

La Ley 10 de 1990 busca superar problemas de eficiencia, integración sectorial y aumento de coberturas, mediante la implementación de un modelo descentralizado, el fortalecimiento del primer nivel de atención y la autonomía de los hospitales públicos. Posteriormente, la Ley 60 precisa la asignación de competencias y recursos del sector salud para el fortalecimiento de las entidades territoriales ante sus nuevas responsabilidades.

Sin embargo, todavía quedaba desarticulado el sector privado y el de la seguridad social del Sistema de Salud, por lo cual se expide la Ley 100 de 1993 con el fin de integrar, en un único sistema, a todas las instituciones e intervenciones del sector, denominado Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyo mecanismo rector de financiación, administración y prestación de los servicios es el de la afiliación mediante un seguro de salud. Ver Organigrama No.1.



Se crea el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS, adscrito al Ministerio de Salud, como organismo de dirección del Sistema, en el cual participan representantes de las instituciones públicas y privadas y por parte de los usuarios, dos representantes de los trabajadores y uno de las asociaciones de usuarios del sector rural. Dicho Consejo será el encargado de definir el contenido del Plan Obligatorio de Salud - POS, el monto de la cotización de los afiliados, el valor de la Unidad de Pago por Capacitación - UPC, el valor del subsidio en salud y los criterios de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado, entre otros aspectos.

En el nivel territorial se crearán concejos territoriales, con una composición similar, pero con la participación de entidades o asociaciones del respectivo orden territorial.

En el nuevo sistema, se pasa del subsidio a la oferta, al subsidio a la demanda, se canalizan mayores recursos para el sector salud, se deja buena parte del sistema en manos de agentes privados y se busca introducir principios de administración eficiente y competitiva.

Los objetivos del Sistema definidos por la Ley son: "regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención"¹².

A partir de la Ley 100 del 93, el objetivo perseguido es lograr cobertura universal, no a través de la red pública de servicios, sino mediante el aumento de mecanismos de afiliación. Estos se asemejan al tradicional esquema de seguridad social, identificado comúnmente con la infraestructura del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ISS), pero ahora, la seguridad social se entiende básicamente como el "sistema de afiliación de los beneficiarios y de financiación de los servicios", dando cabida a



que los prestadores de servicios de salud tengan carácter privado, público o cualquier otro¹³.

Ahora, existen dos mecanismos de afiliación: al Régimen Contributivo, dirigido a las personas con capacidad de pago y al Régimen Subsidiado, destinado a las personas sin capacidad de pago y cuyo acceso depende del subsidio a la demanda¹⁴ proporcionado por el Estado. El subsidio se genera en el momento de afiliación de la persona al Sistema de Seguridad Social, el cual paga por el afiliado a la Entidad Promotora de Salud administradora del régimen subsidiado que lo afilia, el valor del paquete de servicios del plan obligatorio de salud del régimen subsidiado.

Según el Ministerio de Salud, la principal ventaja de los subsidios a la demanda es la de optimizar el uso de los recursos fiscales, ya que estos se concentran en la población pobre que los necesita, evitando subsidiar a estratos altos y garantizando en forma efectiva el acceso de los pobres a los servicios de salud. Al estimular la competencia, los subsidios a la demanda llevarán a elevar la eficiencia y productividad¹⁵.

11 Ministerio de Salud. La Reforma a la Seguridad Social, Op. cit. pp. 15-18

12 Ministerio de Salud. Ley 100 de 1993. Bogotá: 1993. Artículo 152.

13 Jaramillo Pérez, Iván, Op. cit. p. 114

14 El anterior sistema público de salud funcionaba bajo el esquema de subsidio a la oferta, en el cual se transferían recursos directamente a las instituciones para la atención a las personas sin capacidad de pago. En el nuevo sistema se pasa al subsidio a la demanda, que consiste en asignar recursos por persona y no por institución. Dicho subsidio es un pago fijo por medio del cual una persona accede a un determinado plan de servicios.

15 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: 1995. p. 4.



La selección de los beneficiarios del subsidio a la demanda o su calificación (48 puntos) para afiliarse al régimen subsidiado, se realiza mediante la aplicación de la ficha de clasificación socioeconómica del Sistema de Selección de Beneficiarios - SIS-BEN, que incluye preguntas de selección múltiple como: tipo de vivienda: casa, cuarto o vivienda móvil, refugio natural o carpa; material de las paredes: sin paredes, guadua, zinc, madera, bahareque, adobe y bloque o ladrillo; material del techo: paja o palma, desechos, teja; disponibilidad de agua: acueducto, río, pozo, carrotanque y pila pública; electrodomésticos: nevera, televisor, licuadora, ventilador, lavadora.

Este tipo de preguntas resultan inadecuadas para una ciudad como Bogotá, donde, por condiciones climáticas, la casa no es un refugio natural, sino que tiene paredes, que no son de guadua, cuyo techo no es de paja, el agua no se toma del río y normalmente las familias cuentan mínimo con un televisor. Cuando la respuesta a este tipo de preguntas no se corresponde con condiciones de miseria absoluta, las familias pobres no clasifican como beneficiarias del subsidio.

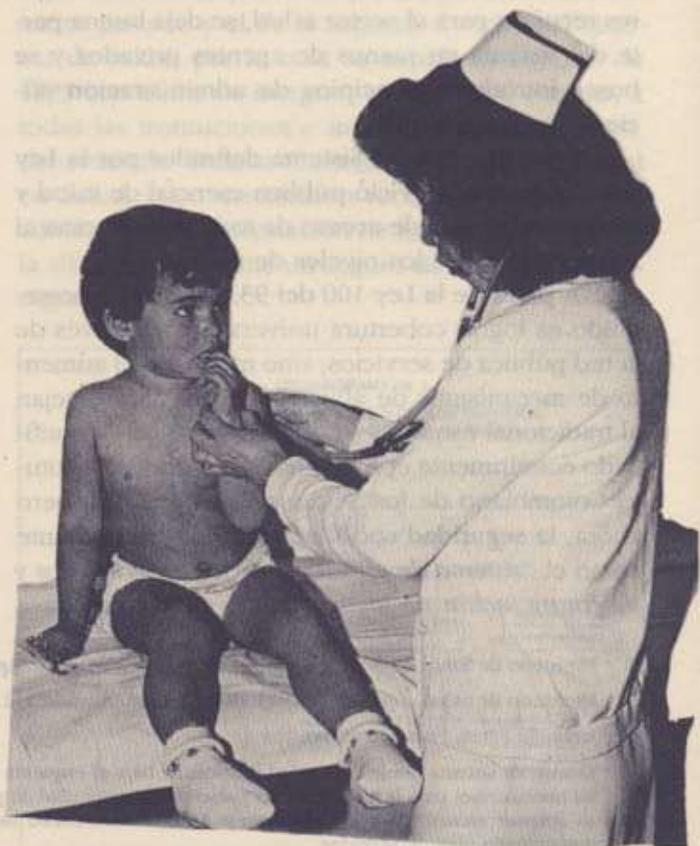
Hasta agosto de 1996, en Bogotá se ha aplicado la encuesta a 716.000 personas, de las cuales han clasificado con derecho a subsidio 266.000. Como medida para ampliar la cobertura, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, decidió en el mes de junio autorizar para Bogotá la afiliación de las personas que estén en el estrato 1 de servicios públicos.

Dentro del nuevo modelo de atención se cambia la atención integral en salud utilizada anteriormente por el ISS, por un paquete preestablecido de servicios, denominado Plan Obligatorio de Salud - POS, que incluye servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención de la enfermedad general, diagnóstico y tratamiento, protección a la maternidad y rehabilitación física, dos consultas médicas y una odontológica al año. Este se diseñó teniendo como criterio las enfermedades más frecuentes de la población colombiana, la disponibilidad tecnológica para su atención y el costo-efectividad de los tratamientos.

El POS, para los afiliados al régimen contributivo, incluye intervenciones de los tres niveles de atención en salud, mientras que el POS para los afiliados al régimen subsidiado sólo incluye intervenciones del primer nivel de atención y para mujeres embarazadas y niños menores de un año del II y III nivel.

El Plan Obligatorio de Salud tendrá cobertura familiar, es decir, las personas que componen el núcleo familiar del afiliado se beneficiarán de los mismos servicios; en algunos casos deberán cancelar sumas adicionales (copagos), pero el acceso del núcleo familiar del afiliado se generalizará.

La Unidad de Pago por Capitación - UPC, es un valor fijo mediante el cual se unifican los costos de un paquete básico de servicios o POS, al que tendrán derecho todos los afiliados al sistema de seguridad social en salud. La UPC se define como un valor per cápita o por persona, que se recono-



cerá anualmente a cada EPS por la organización y garantía de la prestación de servicios del POS al afiliado, el valor de la UPC rige para todas las EPS por igual y será revisado año a año para su actualización. Para 1996, la UPC del régimen contributivo tiene un valor de \$144.595 y la del régimen subsidiado de \$ 89.625.

Es decir, que mensualmente las EPS reciben una suma fija por cada persona afiliada, se haga o no uso de los servicios. Estos recursos, dado su volumen, pueden llegar a ser fuente de capitalización de las entidades privadas que no atienden personas sin capacidad de pago o no afiliadas, sino que dejan esta responsabilidad exclusivamente en manos del sector público. Los gastos de educación y promoción de la salud en los que incurren las EPS cuentan con recursos adicionales para su financiación.

Es así como se reorganiza la atención a través de Entidades Promotoras de Salud - EPS¹⁶ y de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS¹⁷. Los dos tipos de instituciones pueden ser de carácter privado, público, mixto o solidario, siempre y cuando cumplan con las condiciones financieras, administrativas y operativas, establecidas por la Ley.

Las entidades autorizadas para ser EPS son: el Instituto de Seguros Sociales, las cajas, los fondos, las entidades de previsión y seguridad social del sector público, las cajas de compensación familiar, las entidades de medicina prepagada o de seguros de salud, las que creen las entidades territoriales individualmente o en asociación, los organismos de salud propios de empresas, las organizaciones

no gubernamentales y solidarias, y las entidades públicas, privadas o solidarias que se creen con el propósito específico de funcionar como Entidad Promotora de Salud.

Existen, además, las Empresas Solidarias de Salud - ESS, que tienen como antecedente un programa del Ministerio de Salud del mismo nombre, cuyo fin era proporcionar un paquete básico de servicios a la comunidad, mediante empresas cuya propiedad fuera de la misma comunidad. Partiendo de la experiencia de las ESS, se precisa el contenido básico del Plan Obligatorio de Salud.

Posteriormente, las ESS van a ser incorporadas en la Ley 100, como Empresas Promotoras de Salud de carácter comunitario, pero únicamente se les otorga la posibilidad de administrar los recursos y afiliar a los beneficiarios del régimen subsidiado¹⁸.

Como ya se mencionó, la Ley 10 obligaba a los hospitales públicos a ser autónomos administrativamente, pero no a ser autosostenibles financieramente, en la medida en que continuaban accediendo a presupuestos públicos para su funcionamiento y para la atención de las personas pobres. Ahora, bajo el nuevo sistema, se ordena la conversión de las IPS de carácter público en Empresas Sociales del Estado - ESE¹⁹. Esto, en términos prácticos, significa que se acaban los presupuestos históricos y se pasa al pago por servicios prestados al final del período²⁰. Las ESE deberán ser empresas autosostenibles financiera y administrativamente, para ello, deberán vender servicios a las EPS y competir en el mercado por los contratos como cualquier IPS.

16 Las Entidades Promotoras de Salud - EPS, son básicamente las administradoras de los recursos del sector, ya que están encargadas de la afiliación y registro de los usuarios, del recaudo de sus cotizaciones y de la organización y contratación de los servicios con las Instituciones Prestadoras. Están autorizadas para administrar el régimen contributivo y el subsidiado.

17 Las Instituciones Prestadoras de Salud - IPS, están organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados correspondientes a las Empresas Promotoras de Salud, con las cuales tienen un contrato para tal fin. Además están obligadas a prestar la atención inicial de urgencias a todas las personas, independientemente de su capacidad de pago.

18 Vale la pena aclarar, que a las Empresas Promotoras de Salud y a las Empresas Solidarias de Salud, cuando tienen a su cargo el manejo del régimen subsidiado, se las denomina Administradoras del Régimen Subsidiado - ARS.

19 Las Empresas Sociales del Estado, están definidos por la Ley 100, como entidades públicas descentralizadas, que se registrarán por el derecho privado en materia contractual y tendrán un régimen presupuestal basado en reembolsos contra prestación de servicios.

20 Estos servicios no serán para la población en general, sino únicamente para las personas sin capacidad de pago que lo demuestren, de acuerdo a unos mecanismos que están por definirse, mientras dichas personas clasifican en el régimen subsidiado. El resto de la población que no cumpla con los requisitos de "misericordia absoluta", deberá cancelar sus servicios, ya que estos no entrarán en lo que se le pague al hospital por servicios prestados.

Es importante anotar que las ESE entran a competir con el sector privado en desventaja, por varias razones, entre otras, porque han dependido para su funcionamiento de presupuesto estatal, tienen deficiencias físicas y tecnológicas, no tienen incorporada una racionalidad gerencial y financiera de rentabilidad y carecen del patrimonio y la liquidez inicial que les permitan entrar en mejores condiciones al mercado abierto. Se prevé que, al no resistir la competencia, las instituciones públicas quebrarán y tendrán que recurrir al arrendamiento parcial de su infraestructura y equipos²¹, al arrendamiento total o a su privatización, en condiciones favorables a los grandes capitales. Es decir, que el patrimonio que el Estado y la sociedad conservaban, pasará fácilmente a manos privadas.

No necesariamente el mejoramiento de la eficiencia y gestión de los servicios exige su sostenibilidad financiera, si se tiene en cuenta que los bienes del Estado deben contribuir a cumplir con un papel redistributivo hacia la población pobre y vulnerable, que por obvias razones no genera rentabilidad económica, sino social. El funcionamiento del Estado debe ser eficiente, sin olvidar su fin primordial: ello se puede lograr, introduciendo reformas administrativas gestión, como ha ocurrido en otros países donde la salud sigue siendo responsabilidad total del Estado y su acceso continúa en condiciones de igualdad para todos.

Fuera de la función de coordinación y control asignada al Estado, la salud pública se limitará a las acciones de impacto colectivo, reguladas desde la oferta (campañas masivas, educación en salud) y los servicios personales, de impacto individual o familiar, regulados desde la demanda serán exclusividad de las EPS e IPS²².

Financiación del sistema

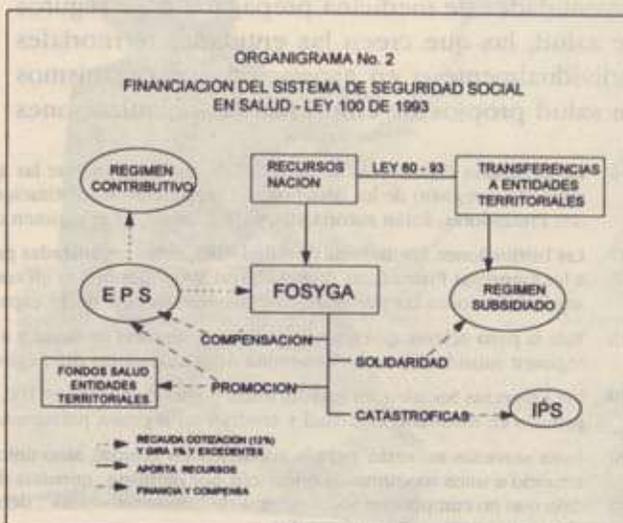
La Ley 100 de 1993 establece que la cotización obligatoria de los afiliados al régimen contributivo será máximo del 12% del salario base, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. Dos terceras partes de la cotización estarán a cargo del empleador y una tercera parte a cargo del trabajador. Un

punto de la cotización se destinará a la financiación del régimen subsidiado.

Aunque el 12% se estableció como porcentaje máximo, éste fue el aprobado por el CNSSS y el que rige actualmente, lo que equivale a un aumento de 5 puntos porcentuales con respecto a la cotización del sistema anterior, que era del 7% del salario base.

El Fondo de Solidaridad y Garantía²³ es un mecanismo creado para la administración de los recursos del sistema general de seguridad social en salud, que tendrá cuatro subcuentas independientes así: De compensación interna del régimen contributivo, de solidaridad del régimen de subsidios en salud, de promoción de la salud y del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito. Cada subcuenta tendrá como objetivo la financiación y compensación entre entidades del respectivo régimen o actividad. (Ver organigrama No. 2 sobre financiación del Sistema).

Por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, las Empresas Promotoras de Salud - EPS, serán las encargadas de recaudar las cotizaciones de sus afiliados al régimen contributivo, de las cuales deberán descontar el valor de las Unidades de pago por capitación, los costos de cubrimiento de incapacidades, licencias de maternidad y de actividades de promoción y trasladarán la



diferencia al FOSYGA; en caso de que los ingresos por cotización sean menores al valor de las UPC y demás costos, el FOSYGA deberá cancelar la diferencia a la EPS.

Para las Empresas Promotoras de Salud - EPS, la Unidad de Pago por Capitación - UPC, es como el precio al cual venden el Plan Obligatorio de Salud - POS al sistema por cada afiliado, por lo cual, los costos en que incurra la EPS para cubrir todas las intervenciones de prevención, curación y rehabilitación incluidas en el POS, deberán ser inferiores al promedio total de las UPC recaudadas entre sus beneficiarios para no incurrir en pérdidas. Este modelo se adopta con el fin de que la administración de las EPS resulte en una disminución de costos: para ello, las empresas deberán recurrir a un modelo de atención y administración que produzca "una mayor economía de costos sin desproteger la salud y sin limitar excesivamente la cantidad de servicios o su calidad. Si tal cosa ocurriera, el beneficiario podrá recurrir a los organismos de control o cambiar de EPS"²⁴.

Sin embargo, puede pasar que el beneficiario a que hace mención el párrafo anterior con sus reclamos o cambiándose de EPS, no produzca el efecto de mejoramiento de los servicios y su calidad, en la medida en que se establezca una especie de "monopolio", bajo el cual todas las EPS se comporten de manera similar y decidan que la eficiencia es el resultado de medidas en el control del número de servicios prestados, sobre todo, la reducción de exámenes, terapias, citas de especialistas, intervenciones quirúrgicas, medicamentos de altos costos, tratamientos prolongados. Lo que ocurre normalmente es que no se limita el uso de servicios médicos básicos, como consulta general o provisión de acetaminofén, pero cuando se requieren atenciones más complejas y de mayores costos, la política de la empresa, impartida a su personal suele ser de reducción de las mismas.

La descentralización del sector salud

Como antecedente, se encuentra la Ley 12 de 1986, mediante la cual se descentralizó la función de inversión en infraestructura y específicamente se asignó a los municipios la construcción, dotación y mantenimiento de los puestos, centros de salud y hospitales locales, con recursos procedentes de las transferencias nacionales del IVA²⁵.

El nuevo esquema de salud considera el fortalecimiento de la descentralización como una herramienta clave para aumentar la eficiencia de los servicios, de las instituciones y el desarrollo de los programas; en adelante, se le asigna a las autoridades locales la función de dirigir, planear, organizar y prestar los servicios de salud en su territorio. Los municipios tendrán la responsabilidad de la ejecución del primer nivel de atención, los departamentos del segundo y tercer nivel y a los distritos les corresponderá el desarrollo de los tres niveles de atención en salud.

La Ley 10 de 1990 sienta las bases para tal fin y para transformar todas las instituciones públicas en empresas con patrimonio propio, autonomía administrativa y criterios de eficiencia en su funcionamiento.

La descentralización se da en la medida en que los hospitales dejan la dependencia administrativa de las direcciones seccionales de salud y adquieren autonomía, expresada en la facultad de contratar directamente, planear y gestionar el desarrollo de la insti-

21 Al respecto se vienen pronunciando los sindicatos y trabajadores de la salud. Es así, como en una Asamblea Distrital sobre el futuro de la salud pública, realizada en Bogotá, el pasado 7 de septiembre, un trabajador del Hospital Central de Santa Marta, afirmaba que según el director del hospital, si no arrienda el equipo de rayos x al sector privado, no hay con qué pagarle a personal de la institución.

22 Se retoma la definición de salud pública y servicios de atención a las personas de Iván Jaramillo, en Revista Foro No. 29, p. 80

23 La Ley 100 de 1993 crea el FOSYGA como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud, que se manejará por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia. El CNSSS, determinará los criterios de utilización y distribución de los recursos del FOSYGA.

24 Jaramillo Pérez, Iván. *El Futuro de la Salud en Colombia*. Bogotá: FESCOL, FRB, FES, Fundación Corona, 1995. p. 72

25 "La Descentralización en el sector Salud". Iván Jaramillo Pérez. En: *Revista Foro* No. 29, Mayo de 1996. p. 80

tución, realizar compras de suministros y dotación, labores de mantenimiento, sin esperar la aprobación de un ente superior y la excesiva tramitología anterior.

Mediante la ley 60 de 1993, se precisan las competencias de cada nivel territorial, de acuerdo con su capacidad institucional, medida en el cumplimiento de una serie de requisitos establecidos por la Ley, con el fin de certificar que la entidad territorial puede asumir las competencias y la administración de los recursos de forma autónoma. Así mismo, se aumenta la participación porcentual del sector salud con respecto a los ingresos corrientes de la nación y se especifican los rubros a los cuales se podrán destinar los recursos.

En adelante la organización del Sistema de Seguridad Social en Salud será descentralizada, a través de las direcciones seccionales, distritales y locales de salud y las instituciones públicas nacionales adoptarán una estructura que permita su operación descentralizada.



DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ

La organización del sistema distrital de salud

Mediante el Acuerdo 20 de 1990, expedido por el Concejo Distrital a partir de la Ley 10 del mismo año, se organiza el Sistema de Salud en Bogotá. Se define allí la Secretaría Distrital de Salud como el organismo único de dirección del Sistema para efectuar la coordinación, integración, asesoría, vigilancia y control de los aspectos técnicos, científicos, administrativos y financieros de la salud²⁶.

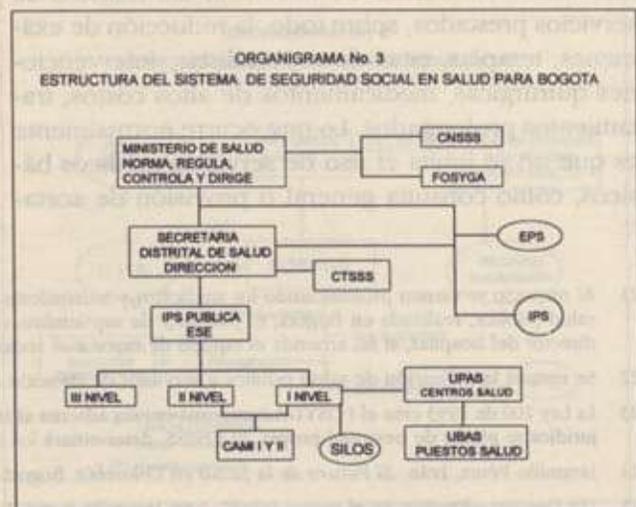
Para lo relacionado con aspectos técnicos y científicos, se adscriben a la Dirección del Sistema Distrital la Caja de Previsión Social del Distrito, el Departamento Administrativo del Medio Ambiente, la Empresa Distrital de Servicios Públicos y el Departamento Administrativo de Bienestar Social.

Dentro de las nuevas funciones asignadas a la Secretaría Distrital de Salud se destacan las siguientes: administración y distribución de los recursos recaudados por el Fondo Financiero Distrital de Salud, elaboración del Plan Distrital de Salud, labores de control financiero y de calidad, promoción de la participación comunitaria.

Además, el acuerdo 20 establece la organización operativa del sistema por niveles de atención y reorganiza administrativamente sus componentes a nivel distrital. Se crean los Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI) como unidades especiales de urgencias y los Sistemas Locales de Salud (SILOS), cuya reglamentación va a ser complementada con el Acuerdo 19 de 1991. (Ver organigrama No. 3, que muestra la estructura del Sistema Distrital de Salud, junto con los cambios hechos por la ley 100 de 1993).

El desarrollo de los SILOS y su reglamentación han sido mínimos, si se tiene en cuenta su importancia como instrumento de descentralización de la planeación y dirección de los servicios de salud en el ámbito local.

Se estableció que en cada alcaldía menor debe existir por lo menos un SILOS, dirigido por el hospital de primer nivel, el cual será la unidad administrativa de las instituciones del área de influencia del nivel básico, cuyas funciones son elaborar programas de prestación de servicios de salud, supervisar



las entidades de atención básica, coordinar programas educativos, medioambientales de seguridad social que beneficien a la comunidad de su jurisdicción, elaborar diagnósticos de salud de la población de su área de influencia y fortalecer los espacios participativos de las comunidades.

Aunque la siguiente definición es muy general, ilustra claramente la concepción del SILOS: "En primer lugar, y sobre todo una población bien definida, sea urbana o rural. Abarca todos los organismos de atención de salud existentes en la zona, ya sean gubernamentales o privados, que colaboran para crear un sistema que comprende desde la autoasistencia hasta el hospital de referencia de primer nivel. Necesita ser administrado como una entidad independiente, en la cual el gobierno debe delegar suficiente autoridad administrativa como para que la mayoría de las decisiones puedan tomarse en el distrito, con participación activa de los que viven en él"²⁷.

La función de los SILOS deberá orientarse a resolver los problemas de salud en el nivel local, los cuales pueden agruparse en tres categorías: los relativos a la situación de salud y a las necesidades de la población; los relacionados con los medios de atención o formas de satisfacer las necesidades de salud y los referidos a la evaluación del impacto de las acciones de salud en la población²⁸.

En el Plan "Formar Ciudad", dentro de la estrategia de Progreso Social, se recoge el sector salud en términos de los planteamientos de la Ley 100 de 1993, sin incluir nada específico para Bogotá. Se propone ampliar la cobertura de los servicios de salud mediante la afiliación de la población al régimen subsidiado y concentrar la atención en salud en la población con más necesidades básicas insatisfechas (NBI). El quinto megaproyecto que se ejecutará es el Plan de Acción Social en Salud, Educa-

ción y Empleo, el cual pretende incidir sobre la efectividad de la inversión social, a través de la coordinación interinstitucional distrital y nacional, especialmente en lo relacionado con las transferencias que exige la ley, el acceso a recursos de los fondos de cofinanciación y la ampliación de sistemas de seguimiento y control.

Situación de salud de la población en Bogotá

Debido a las características de desarrollo tecnológico e industrial y crecimiento urbano no planificado de Bogotá, se presentan cada día mayor número de factores de riesgo para la salud que son prevenibles y modificables, como el estrés, la contaminación, la congestión vehicular, el sedentarismo, la inseguridad y el desempleo, factores que sumados a los insuficientes servicios públicos y de salud, han aumentado la morbimortalidad de la población.

Las características de morbimortalidad que presenta la población en Bogotá, son tomadas del estudio hecho por la Secretaría Distrital de Salud, en el año de 1993²⁹.

- Morbilidad por consulta: las seis primeras causas de consulta en Bogotá, son en su orden: infecciones respiratorias agudas, enfermedades de los dientes, enfermedades de la piel, enfermedades diarreicas y laceraciones, heridas y traumatismo de vasos sanguíneos, relacionadas con los niveles de violencia social y la accidentalidad ocupacional y vehicular.

Por grupos de edad, dentro de las 10 primeras causas por consulta en los menores de un año, la primera la constituyen las infecciones respiratorias agudas con un 16.58%, en 1993. La segunda es la enteritis y otras enfermedades diarreicas con un 11.61%. Estas patologías son derivadas de las condiciones de vida tales como el hacinamiento, la deficiencia y la falta de acceso a los servicios básicos, la

26 Concejo de Bogotá. *Acuerdo 20 de 1990: Por el cual se Organiza el Sistema Distrital de Salud de Santafé de Bogotá*. Bogotá: 1990

27 Fundaps, GTZ, Secretaría Distrital de Salud. *Programa de Capacitación en administración y epidemiología para equipos de salud*. Bogotá: 1994. p. 17

28 Ibid. Anexo No. 3 p.2

29 Secretaría Distrital de Salud. *Plan Sectorial de Salud para el Distrito Capital 1995 - 1997*. Bogotá: 1994.

cios básicos, la escolaridad, la contaminación, el crecimiento industrial y la mala disposición de los desechos líquidos, sólidos y gaseosos. En el grupo de edad de 1 a 4 años, las dos primeras causas de consulta son las mismas que en el grupo anterior, con porcentajes de 21% y 12.07% respectivamente.

Para el grupo de 5 a 14 años, las enfermedades de los dientes pasan al primer lugar y se relacionan con dificultades para el acceso a los servicios odontológicos, deficiente nivel escolar y con aspectos culturales y actitudinales en cuanto a hábitos higiénicos adecuados.

En el grupo de 15 a 44 años, la primera causa de consulta son las enfermedades de la piel, con una proporción del 6.86%. Las laceraciones, heridas y traumatismo de los vasos sanguíneos ocupan el tercer lugar con un peso del 5.5% y permanecen en las 5 primeras causas de morbilidad en el período 1989-1993. Estas se encuentran relacionadas con los factores de violencia social.

De 45 a 59 años, la primera causa la constituyen las enfermedades de la piel y la segunda la hipertensión, con proporciones de 6.04% y 5.63% en su orden. En el grupo de 60 y más años ocurre a la inversa, con porcentajes de 8.28% y 4.91%, respectivamente.

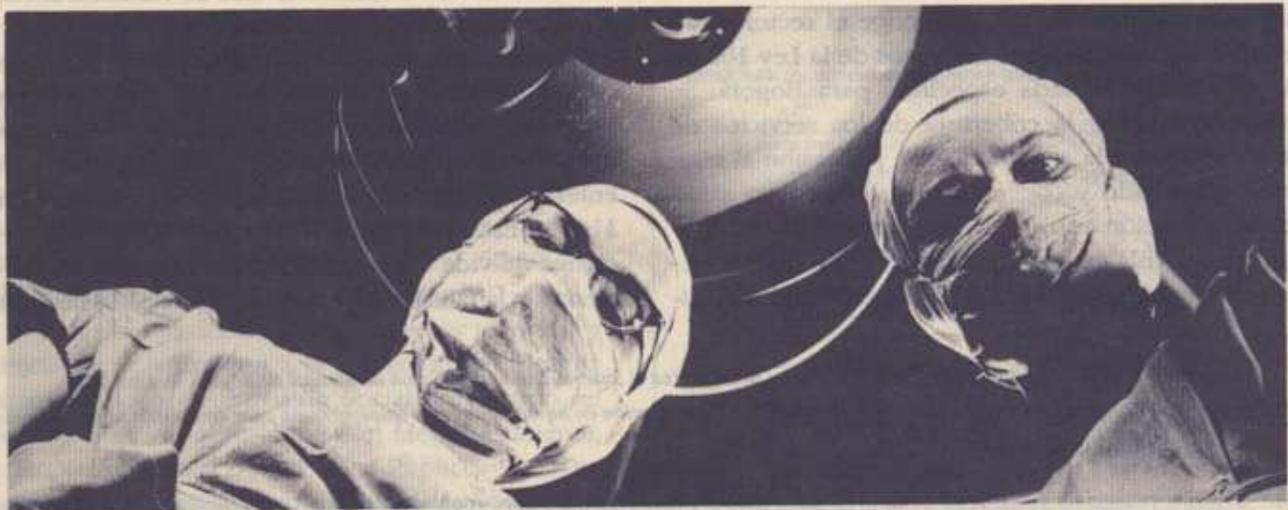
- Morbilidad por egreso hospitalario: dentro de los diez primeros egresos, se encuentran cinco relacionados con el embarazo, parto y posparto, los cuales representan el 15.33% del total de los egresos para 1993.

- Mortalidad general: la primera causa de muerte en Santa Fe de Bogotá D.C. corresponde a las lesiones en las que se ignora si fueron accidentales o intencionales con una proporción del 12.07%, que, sumadas a los homicidios y lesiones causadas intencionalmente por otra persona (3.84%), y a los accidentes de vehículos (3.37%), representan el 19.28% del total de muertes para 1993.

La segunda causa de muerte es el infarto agudo del miocardio con un peso del 8.8%; en el mismo año, la enfermedad cerebrovascular ocupó el tercer lugar (7.5%) del total.

Un aspecto preocupante es el incremento de las causas violentas de muerte en todas sus formas. En Bogotá, durante 1993 se presentaron 68 muertes diarias, casi 3 personas por cada hora.

Existe un creciente deterioro ambiental que concuerda con la morbimortalidad presentada en Bogotá, relacionada principalmente con las infecciones respiratorias y la enfermedad diarreica aguda. A pesar de ello, aún no existe una visión integral acerca de la influencia de los factores económicos, sociales y ambientales sobre el estado



de salud, que contribuya a la planeación y a establecer los efectos de las acciones del sistema distrital y de los sistemas locales de salud.

Oferta institucional de prestación de servicios de salud en el distrito

Para el año de 1993, en Bogotá existían 4.144 instituciones privadas de salud, de las cuales 183 eran clínicas, 1.437 centros médicos, 44 bancos de sangre, 794 consultorios médicos, 912 consultorios odontológicos, 352 laboratorios clínicos, 402 ópticas y 20 laboratorios dentales. La mayoría de las instituciones se encontraban ubicadas en las localidades de Chapinero y Usaquén, existiendo graves deficiencias de infraestructura en Fontibón, Usme y Ciudad Bolívar.

Mediante el acuerdo 20 de 1990, se conformaron como establecimientos públicos distritales con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscritos a la Secretaría Distrital de Salud 30 organismos de salud: 4 hospitales de tercer nivel de atención, 8 hospitales de segundo nivel y 18 hospitales de primer nivel. Adicionalmente, existen 27 Centros de Atención Médica Inmediata, 80 Unidades Primarias de Atención - UPA y 10 Unida-

des Básicas de Atención - UBA. La distribución de estas entidades por localidades, se puede ver en la Tabla anexa No. 1.

La organización de los servicios en el campo directivo, comprende los Sistemas y Redes de Urgencias, Salud Mental, Vigilancia Epidemiológica, Vigilancia y Control, Red Distrital de Laboratorios y Sistema de Atención al Ambiente. Estos sistemas desarrollan funciones de apoyo, integración, asesoría técnica y coordinación locales, y su finalidad es hacer más operativa la labor de prestación de servicios en el Distrito Capital.

Existen 7.344 cargos correspondientes a los organismos adscritos a la Secretaría Distrital de Salud, distribuidos así: 2.322 cargos del tercer nivel, 1.586 del segundo y 3.436 del primer nivel de atención. La mayor proporción de personal corresponde a auxiliares de enfermería (37.9%), seguido del personal médico con un 27.7%, el personal más escaso es el de auxiliar de laboratorio e higienistas orales.

El análisis por localidades muestra que las que cuentan con menos personal profesional de salud son:

Las localidades con mayor disponibilidad de recurso humano son La Candelaria, Usaquén, Chapinero y Tunjuelito que no corresponden a las de mayores índices de necesidades básicas insatisfe-

LOCALIDAD	PERSONAL*			
	MÉDICOS	ENFERMERAS	ODONTÓLOGOS	AUX.ENFERM
San Cristóbal	0.75			
Ciudad Bolívar	0.93	0.48	0.58	1.75
Bosa	0.18			
Suba	0.13	0.2		
Mártires	0.13	0.67		
Rafael Uribe	0.91			

* Personal de salud por cada 10.000 habitantes de la localidad.

TABLA No.1

ORGANISMOS DE SALUD ADSCRITOS A LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD POR LOCALIDAD

LOCALIDAD	HOSPITAL	NIVEL	CAMI	U.P.A.S.	U.B.A.S.
USAQUEN	SIMON BOLÍVAR	III			
	USAQUEN	I		8	
CHAPINERO	CHAPINERO	I	1	1	
SANTAFE	PERSEVERANCIA	I	1	4	
SAN CRISTOBAL	VICTORIA	III			
	SAN BLAS	III			
	SAN BLAS	III	1	4	
USME	USME	I	3	5	
TUNJUELITO	TUNJUELITO	I	2	2	
	TUNAL	III			
	CARMEN	II	1		
BOSA	BOSA	II	1		
	PABLO VI - BOSA	I		3	1
KENNEDY	KENNEDY	III			
	KENNEDY - 29	I	1	10	3
FONTIBON	FONTIBÓN	II	1		
	SAN PABLO FONT.	I			
ENGATIVA	GRANJA	II	1		
	ENGATIVA	II			
	GARCES NAVAS	I	3	9	
SUBA	SUBA	I	2	3	
BARRIOS UNIDOS	JUAN XXIII	I		3	2
TEUSAQUILLO	TEUSAQUILLO	I			
MÁRTIRES	SAMPER MENDOZA	I		3	1
ANTONIO NARIÑO	OLAYA	I	1	1	
PUENTE ARANDA	TRINIDAD GALÁN	I	2	3	
CANDELARIA	GUAVIO	II	1		
	CANDELARIA	I			1
RAFAEL URIBE	SAN JORGE	I	1	6	2
CIUDAD BOLÍVAR	MEISSEN				
	VISTA HERMOSA	I	3	7	
SUMAPAZ	NAZARETH	I	3		

Tomada de SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. *Plan Sectorial de Salud 1995 - 1997*. Bogotá: 1994. p. 21.

chas (NBI), y las que presentan menor número de personal son Ciudad Bolívar, Suba y Mártires.

Diagnóstico financiero del sector salud en el distrito

Como ya se explicó, los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se manejan en primera instancia a través de las EPS (recaudo de cotizaciones para cubrir POS) y los recursos restantes se giran al FOSYGA. Ello se aplica para todo el territorio nacional, por tanto, las EPS que operan en el Distrito deberán seguir el mismo procedimiento y girar sus excedentes o solicitar sus faltantes al FOSYGA.

Así mismo, existen unos recursos públicos que no están desarticulados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la medida en que cumplen funciones complementarias al mismo, especialmente en lo que tiene que ver con la salud pública y el financiamiento del Régimen Subsidiado. Estos recursos son los que se transfieren a las entidades territoriales por concepto de situado fiscal, participación en los ingresos corrientes de la nación, rentas cedidas y que se recaudan en un solo fondo de carácter departamental, distrital y municipal.

Para el caso del distrito, dichos recursos se administran a través del Fondo Distrital de Salud y se destinan básicamente a dar cumplimiento a las funciones de la Secretaría Distrital de Salud, que se pueden resumir en las acciones de planeación, asesoría y apoyo técnico, fomento, promoción y prevención de salud, evaluación y control, selección de beneficiarios del subsidio a la demanda, a través del SISBEN y financiación del régimen subsidiado.

Ingresos del sector salud en el nivel distrital: A continuación se describen cada una de las fuentes

de ingresos del sector salud en el Distrito, analizando sus montos por años y se incluyen las proyecciones para 1997, con base en el Cuadro No. 1.

Rentas Contractuales: son los recursos propios provenientes de la venta de servicios de las instituciones adscritas a la Secretaría.

Tomando los valores en pesos constantes del 94, la participación de este rubro en los ingresos totales pasa de un 2.51% en 1990 (\$ 1.090 millones) a un 5.80% en 1994 (\$ 6.716 millones). Dicho crecimiento se debe a que hasta el año de 1992, sólo 8 de los 30 hospitales adscritos generaban ingresos por venta de servicios.

Para el año de 1997, la Secretaría proyecta recibir por este concepto \$ 6.912 millones en pesos constantes del 94, con una participación de 4.76% en los ingresos totales. Sin embargo, dicha proyección es baja, teniendo en cuenta que a partir de 1997, los hospitales deberán facturar todos los servicios que presten, aunque en este caso los ingresos generados irán directamente al autosostenimiento de cada institución.

Las transferencias de la Nación al distrito, reguladas por la Ley 60 de 1993, están compuestas por:

*La participación en los ingresos corrientes de la Nación*³⁰. A partir del año 1994 se empiezan a realizar dichas transferencias a la Secretaría Distrital de Salud, equivalentes al 7,5% (\$ 8.687 millones) de los ingresos totales. De acuerdo con los cálculos de la Secretaría, se proyecta un gran crecimiento por este concepto, que pasaría al 22% (\$ 31.957 millones de pesos del 94) en 1997.

*El Situado Fiscal*³¹. Tomando como referencia los pesos constantes del 94, los recursos por este

30 Recursos que captan las entidades territoriales en consideración a criterios de población, necesidades básicas insatisfechas, eficiencia fiscal y administrativa y en proporción directa al valor que hayan percibido por transferencia del IVA en 1992, este último criterio sólo se tendrá en cuenta a partir de 1996 y hasta 1999. La participación está determinada por porcentajes preestablecidos para el período 1993 - 2001, que van desde el 14% hasta el 22%. De estos recursos se destinará el 25% a salud y de este porcentaje se asignarán al régimen subsidiado un mínimo de 15 puntos.

31 El Situado Fiscal es un porcentaje de los Ingresos Corrientes de la Nación, que se transfiere a los departamentos y distritos para financiar los servicios de salud y educación. Se asigna de acuerdo a varios criterios: un porcentaje equivalente a la suma de los gastos de atención de los usuarios actuales, una suma adicional (alícuota) para contribuir a la eficiencia administrativa, un monto proporcional a la población potencial por atender y al esfuerzo fiscal de los entes territoriales.

CUADRO No. 1

AÑOS/ PARTICIPACIÓN EN INGRESOS	90	%	91	%	92	%	93
FUENTES							
RENTAS CONTRACTUALES	1.090.179	2,51	1.462.550	2,93	2.218.502	3,27	5.264.266
OTROS APORTES NACIONALES.	1.192.145	2,74	959.329	1,92	743.863	1,10	2.244.071
PARTICIP. INGRESOS CORRIENTES							
SITUADO FISCAL	13.420.174	30,84	14.613.948	29,31	17.155.347	25,33	38.515.906
TRANSFERENCIAS ADMON. CENTRAL	15.032.369	34,54	20.077.329	40,27	30.103.463	44,44	31.846.621
PARTICIP. RENTAS CEDIDAS*	12.783.713	29,38	12.739.860	25,55	17.519.410	25,86	16.933.969
TOTAL	43.518.580	100	49.853.016	100	67.740.585	100,00	94.804.833

* Impuestos a: venta licores, consumo cerveza, lotería, registro anotaciones e ingresos ecosalud y apuestas.

Fuente: Plan Sectorial de Salud 1995-1997, Secretaría Distrital de Salud.

concepto aumentan sustancialmente, pasando de \$13.420 millones en el 90 a \$38.515 en el 93 y a \$51.560 en 1994. Para 1997 la Secretaría proyecta pasar a \$54.671 millones, mostrando así un crecimiento mínimo con respecto a los años anteriores y una tendencia a la estabilización.

Para el período 1990 - 1993, la participación por este concepto en los ingresos de la Secretaría, es de 31.53% en promedio, presentando su nivel más bajo en 1992 con tan sólo el 25.33% y su nivel más alto en 1994, con una participación de 44.54%, para luego descender en el período 95 - 97, con un promedio del 37%.

Mediante el decreto 790 de diciembre del 95, el alcalde de Bogotá aprobó el presupuesto para 1996, que incluye \$75.340 millones por concepto de situado fiscal para salud, recursos superiores en \$5.000 millones a los proyectados por la Secretaría para ese año (\$70.070 millones en pesos corrientes). Así mismo, se incorporan al Fondo de Salud \$21.785 millones adicionales, provenientes de la co-financiación nacional.

Transferencias de la Administración Central (Presupuesto Distrital). Para financiar el gasto en salud, la administración central transfiere a la Secretaría Distrital, recursos de su presupuesto de ingreso corriente, con el fin de sufragar Gastos de Funcionamiento (pago de nómina y gastos generales) y Gastos de Inversión Directa.

Dichas transferencias en pesos corrientes para 1994 son de \$ 31.276 millones, que aumentan en 1997 a \$ 51.867 millones. En pesos constantes del 94, presentan un comportamiento estable pasando de \$ 31.846 millones en el 93 a \$ 33.231 millones en el 97.

Se observa una participación creciente de este rubro en el período 90 - 92, que pasa de 34% a 44%. Sin embargo, a partir del 93 disminuye progresivamente al pasar de 33% a 22% en el 97, el promedio de dicha participación es de 38.21% para el período 90 -93, pero del 94 en adelante dicho promedio baja al 25.31%. Ello podría responder a que el Distrito considera que, en la medida en que aumenta la participación de otros rubros, como

INGRESOS Y PARTICIPACIONES - SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

(MILES \$ CONSTANTES 94)

	94		95		96		97	
%		%		%		%		%
5,55	6.716.209	5,80	6.465.248	5,15	6.761.706	4,95	6.912.975	4,76
2,37								
	8.687.000	7,50	20.738.327	16,52	26.083.110	19,08	31.957.175	22,00
40,63	51.560.000	44,54	47.634.057	37,94	51.628.952	37,77	54.671.018	37,64
33,59	31.276.004	27,02	32.960.671	26,25	33.315.438	24,38	33.231.738	22,88
17,86	17.512.015	15,13	17.761.633	14,15	18.886.409	13,82	18.469.959	12,72
100,00	115.751.228	100,00	125.559.936	100,00	136.675.615	100,00	145.242.865	100,00

efecto de las Leyes 60 y 100 del 93, no se requiere su mayor aporte para la financiación de la salud en Bogotá.

Participación de Rentas Cedidas. Son recursos destinados al sector salud, provenientes de impuestos directos a venta de licores y alcohol, consumo de cerveza, registro y anotación y de un porcentaje de los ingresos de la lotería de Bogotá, de las apuestas permanentes y de Ecosalud.

La composición porcentual de dichos ingresos es la siguiente: las empresas productoras de licores y alcohol transfieren al sector salud el 30% del valor del impuesto sobre estos productos; el 8% del impuesto sobre el consumo de cerveza de producción nacional; el 37.5% de los ingresos de la Lotería de Bogotá; 70% de los ingresos por venta de chance, deducidos sus gastos de funcionamiento, además, el sector salud recibe recursos provenientes del impuesto de registro y anotación en la capital; recursos de Ecosalud que tiene el monopolio rentístico de todas las modalidades de juegos de suerte y azar diferentes a las men-

cionadas, una vez deducidos los premios y gastos de funcionamiento.

Para el año de 1994, los ingresos por este concepto son de \$17.512 millones, que representan el 15.13% del total. Se destaca el impuesto al consumo de cerveza, con una participación de 7.64% equivalente a \$ 8.842.4 millones. Sin embargo, dicha participación ha presentado un deterioro, ya que en 1990 era de 17.29%. En general, la Secretaría estima un decrecimiento del rubro de rentas cedidas en los ingresos para el sector, pasando de 29.38% en el 90 a 17% en el 93 y a 12% en el 97.

Los ingresos del sector salud en el Distrito

Con base en el Cuadro No.2, se analiza a continuación el presupuesto de gastos de inversión y funcionamiento del Distrito.

Los gastos de funcionamiento ejecutados por el nivel central crecieron significativamente, debido a la reestructuración en la planta de personal de la Secretaría, que obedecía al proceso de descentra-

CUADRO No. 2

AÑOS/PARTIC. %/ VAR. %	90	PART.%	91	PART.%	91/90	92	PART.%	92/91	93	PART.%
GASTOS FUNCIONAMIENTO										
NIVEL CENTRAL	17.841.706	38,22	18.260.090	33,17	2,34	31.009.918	44,90	69,82	33.665.760	31,00
HOSPITALES	20.259.209	43,39	23.629.790	42,92	16,64	28.855.373	41,78	22,11	24.888.445	22,92
TRANSF. OTRAS INSTITUC.									4.286.290	3,95
VIGENCIAS EXPIRADAS									2.491.585	2,29
SERVICIO DE DEUDA	763.719	1,64	489.146	0,89	(35,95)	330.118	0,48	(32,51)	791.769	0,73
GASTOS INVERSION										
NIVEL CENTRAL	4.207.456	9,01	7.851.920	14,26	86,62	4.965.218	7,19	(36,76)	36.271.502	33,40
HOSPITALES										
PROG. SANEAMIENTO			186.328	0,34		154.141	0,22	(17,27)	257.925	0,24
TRANSF. OTRAS INSTITUC.										
PROGR. C. BOLIVAR	3.200.381	6,86	4.633.694	8,42	44,79	3.754.000	5,44	(18,98)	2.927.115	2,70
VIGENCIAS EXPIRADAS	413.899	0,89							3.009.159	2,77
TOTAL	46.886.370	100	55.050.968	100	17,92	69.068.786	100	25,46	108.589.550	100

Fuente: Plan Sectorial de Salud 1995 - 1997. Secretaría Distrital de Salud.

lización del sector salud. Dichos gastos se cancelaron con cargo al presupuesto del año 92, que pasa de \$18.260 millones (pesos del 94) en el 91 a \$31.009 millones en el 92, con una variación porcentual de 69.82%. Sin embargo, dichos gastos van en aumento progresivo pasando de \$ 33.665 en el 93 a \$59.607 millones en el 94, con una variación de 77.06%. Este comportamiento puede ser consecuencia de que hasta el año 1993, los gastos de nómina de la Secretaría eran ejecutados con presupuesto de la administración central³². Se observa que, a partir del 95, dichos gastos van a tener una leve disminución, tendiendo a estabilizarse. Pero su participación porcen-

tual en el total de gastos del sector sigue siendo alta, ya que pasa de 38.22% en 1990 a 47.41% en 1991.

Aquí vale la pena observar, cómo la Secretaría en el 92 aumenta sus gastos en vez de disminuirlos, respondiendo a un proceso de descentralización. Nuevamente en el 94 vuelve a presentar un gran crecimiento debido a que asume directamente el pago de la nómina, en contraste con lo que sucede a partir del 94, cuando empieza a disminuir la participación porcentual de los ingresos provenientes de la administración central. Esto llevaría a suponer que los gastos de personal de la Secretaría entrarían a financiarse en parte con otras fuentes.

PRESUPUESTO DE EJECUCIÓN DE GASTOS E INVERSIÓN - SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

(MILES \$ CONSTANTES 94)

93/92	94	PART. %	94	/0395	PART. %	95/94	96	PART. %	96/95	97	PART. %	97/96
8,56	59.607.576	48,24	77,06	52.774.346	46,67	(11,46)	54.588.458	47,43	3,44	55.375.462	47,41	1,44
(13,75)	7.385.054	5,98	(70,33)	6.211.668	5,49	(15,89)	4.709.238	4,09	(24,19)	3.126.315	2,68	(33,61)
	2.831.143	2,29	(33,95)									
	350.000	0,28	(85,95)									
139,84	850.533	0,69	7,42	771.346	0,68	(9,31)	775.597	0,67	0,55	770.644	0,66	(0,64)
630,51	3.722.681	3,01	(89,74)	3.906.289	3,46	4,99	3.475.719	3,02	(11,07)	3.320.644	2,84	(4,46)
	23.712.390	19,19		24.644.676	21,79	3,93	25.834.412	22,44	4,83	27.317.073	23,39	5,74
67,33	176.306	0,14	(31,64)	184.657	0,16	4,74	205.449	0,18	11,26	198.245	0,17	(4,48)
	20.485.776	16,58		21.291.203	18,83	3,93	22.319.047	19,39	4,83	23.599.959	20,21	5,74
(22,03)	3.635.567	2,94	24,20	3.295.594	2,91	(9,35)	3.193.823	2,77	(3,09)	3.084.013	2,64	(3,44)
	800.243	0,65										
57,22	123.557.269	100	13,78	113.081.779	100	(8,48)	115.101.743	100	1,79	116.790.355	100	1,47

Es necesario aclarar que los gastos de nómina operativa de los hospitales eran ejecutados por el nivel central de la Secretaría hasta el año 1992, a partir de este año y hasta 1994, los gastos de funcionamiento ejecutados directamente por los hospitales comprendían gastos generales, nómina administrativa y operativa. A partir de 1994, esta última sigue siendo ejecutada por los hospitales pero pasa a ser parte de la inversión y se considera como inversión social.

Estos cambios de clasificación y financiación del gasto se reflejan en el presupuesto, ya que los gastos de funcionamiento ejecutados por los hospitales pasan de \$23.629 millones en 1991 (pesos del 94) a \$ 28.555 en 1992, con una variación porcentual del 22%, aunque en el 93 van a disminuir. Pero es a partir de 1994, cuando se observa un decrecimiento alto (-78,55%) de este rubro, y como contrapartida, aparece la inversión ejecutada directamen-

32 Según la Secretaría este monto es alto, porque en el 94 se incluyeron pagos de funcionarios y de dotación que se le debía al personal desde 1987.

te por los hospitales. De 1994 en adelante se observa un decrecimiento de estos gastos, que pasan de \$7.385 a \$ 3.126 millones (pesos del 94), en 1997.

El comportamiento de los gastos de inversión ejecutados por el nivel central presenta un altísimo incremento del 92 al 93 (630,51%), ya que pasa de \$4.965 a \$ 436.271 millones (pesos del 94), para disminuir en el siguiente año en proporciones similares a \$3.722 millones. Ello puede ser el resultado de que en 1993 se aumentan sustancialmente las transferencias por el situado fiscal y se canalizan a la inversión ejecutada por el nivel central. Pero en 1994 disminuye dicho rubro, como efecto de que los hospitales van a ejecutar directamente los recursos, de este año en adelante.

El grueso de la ejecución de la inversión se va a concentrar en los hospitales y en otras instituciones³³, por ello, en el 94 aparecen por este rubro \$23.712 y \$20.485 millones, respectivamente, que van a aumentar constantemente bajo el criterio descentralizador del sector. Su participación porcentual en el total de gastos es de 19.19%, que sumada a la de las transferencias a otras instituciones da un total de 35.77%, ello es significativo frente a la participación del nivel central en este rubro que es de 3.01%. Como se había mencionado, la inversión de los hospitales incluye el pago de la nómina operativa (gastos del personal profesional en salud).

En términos generales, se presenta un incremento real del presupuesto de gastos de funcionamiento e inversión, que para 1992 es de \$69.068 millones (pesos del 94) y para 1993 aumenta a \$108.589 millones, con una variación porcentual de 57.22%.

Participación de la comunidad en el sector salud en el nivel distrital

El decreto 1416 de julio de 1990 establece las normas sobre participación comunitaria en la prestación de servicios de salud, dentro de las cuales se destaca la creación de Comités de Participación Comunitaria - CPC, en todas las entidades de prestación de servicios de salud del primer y segundo nivel de atención. Los CPC tienen las siguientes funciones:

- Intervenir en la planeación, asignación de recursos y vigilancia y control del gasto de los Fondos Especiales de Medicamentos y Suministros de Boticas Comunitarias.
- Participar en el proceso de diagnóstico, programación, control y evaluación de los servicios de salud.
- Presentar planes, programas y prioridades en salud a la Junta Directiva de la entidad de salud y gestionar su inclusión en el Plan de Desarrollo de la respectiva entidad territorial.
- Proponer y participar prioritariamente en los programas de atención preventiva, familiar, extrahospitalaria y de control del medio ambiente.
- Solicitar al alcalde y al concejo municipal la convocatoria de consultas populares para asuntos de interés en salud, que sean de importancia general o que comprometan la reorganización del servicio y la capacidad de inversión del municipio.
- Atender las quejas de los usuarios y vigilar que se tomen los correctivos del caso.
- Verificar que los recursos provenientes de las diferentes fuentes de financiamiento se administren adecuadamente y se utilicen en función de las prioridades de salud de la comunidad del área de influencia de la respectiva entidad³⁴.

Igualmente, se establece que los ciudadanos que utilicen servicios de salud podrán constituir asociaciones de usuarios y obtener su reconocimiento por parte de la autoridad competente.

Un aspecto importante de la normatividad en materia de descentralización lo constituye el hecho de que en las Juntas Directivas de los Organismos de Salud de los diferentes niveles de atención, tendrán participación representantes de la comunidad que participen en el CPC de cada organismo. Este espacio es fundamental, ya que allí se decide la aprobación de planes, presupuesto, inversión, días y horarios de atención, entre otros.

En las entidades territoriales se crearán los Consejos Comunitarios Locales con representantes de la comunidad, los cuales velarán porque el plan de salud se elabore con participación de la comunidad y se articule al plan de desarrollo local, a su vez

vigilarán la participación de la comunidad en la gestión y descentralización de los servicios de salud.

La Secretaría Distrital de Salud a finales de 1994, registra la conformación de 125 Comités de Participación Comunitaria - CPC, que corresponden a las Unidades Primarias de Atención - UPAS, Unidades Básicas de Atención - UBAS y Hospitales de Primero y Segundo Nivel.

Según la Secretaría³⁵, se presenta la siguiente situación con respecto al desarrollo de los CPC:

- La participación de las autoridades locales ha sido escasa en los comités, donde ésta es importante.
- El 65% de los CPC cuenta con estatutos aprobados para su funcionamiento y organización.
- Los CPC han participado en el montaje de 104 boticas comunitarias y han aportado recursos para el funcionamiento (infraestructura física y dotación) de 14 Unidades Básicas de Atención en Salud - UBAS.
- El 95% de los CPC, han colaborado en la captación de cuotas voluntarias entre la comunidad (cuotas mensuales en dinero) para apoyar los servicios de salud en sus áreas de influencia.
- Algunos CPC participaron en la elaboración del Plan Local de Salud.

Doris Ochoa³⁶, afirma que los Comités de Participación Comunitaria registran desarrollos incipientes, cuya característica predominante es la débil participación de las organizaciones sociales nucleadas alrededor de los mismos en la toma de decisiones relativas a los actos administrativos. En este caso, la participación tiene un sentido eminentemente instrumental, como un complemento del sistema de salud o un medio para obtener la cooperación y los recursos adicionales para apoyar los programas.

Algunos de los problemas detectados en la participación de la comunidad en el sector salud, se encuentran en la proliferación de formas organizativas que caracterizan la oferta institucional del sector y su presencia descoordinada, que ocasiona el desgaste de la comunidad organizada y la pérdida de interés por participar en los espacios creados.

La eficacia de la estrategia de participación del sector no depende exclusivamente de la naturaleza de los mecanismos e instrumentos propuestos, sino que es decisiva la forma como éstos son asimilados por las instituciones y la coherencia de la política de participación con los procesos reales del sistema de salud.

Los esfuerzos propios de las organizaciones sociales son marginados o excluidos, desconociendo su valor como propuestas de producción social articuladas a procesos de desarrollo local, lo cual no sólo afecta al servicio de salud, sino que mina la confianza de la población en el sistema.

Los organismos de salud en la práctica permiten la participación de la comunidad en las funciones de ejecución más que en las de planeación. Está orientada principalmente a la administración de recursos (boticas comunitarias), la asistencia en la prestación de servicios (promotores), la difusión de información (campañas) y a la provisión de mano de obra, fondos y materiales para la construcción de instalaciones o el soporte de programas deficitarios.

Algunas inquietudes e hipótesis sobre el desarrollo del sector salud en Bogotá

Elementos como la libre escogencia de los servicios y la competencia entre los oferentes con el fin de hacer más eficientes los servicios y aumentar su

33 Transferencias a otras instituciones, son los recursos destinados a la contratación de servicios con hospitales de referencia. Se contrata la remisión de pacientes a institutos especializados (Fundación del Niño Diferentes, Inst. Franklin Delano Roosevelt, Prometeo, entre otros) y con Hospitales de primero, segundo y tercer nivel como el San Juan de Dios, Materno Infantil, de la Misericordia, Santa Clara.

34 Decreto 1416, por el cual "se dictan normas relativas a la organización y establecimiento de las modalidades y formas de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud". 4 de Julio de 1990.

35 Secretaría Distrital de Salud, Op. cit. p. 18

36 Ochoa, Doris y Restrepo, Darío. "El estado del arte de la descentralización política y de la oferta pública en participación ciudadana y comunitaria". En Cifuentes, Ariel y otros. *Diez Años de Descentralización. Resultados y Perspectivas*. Bogotá: Fescol, 1994. pp. 146-158

calidad, entran a primar. La dificultad radica en la capacidad de la sociedad para evaluar e incidir sobre un producto demasiado especializado que no maneja el común de la gente como es la salud. Al igual que el riesgo ético que tiene para las instituciones y personal médico considerar la salud como una mercancía más, que se vende y se compra sin reflexiones de otra índole, como la humana por ejemplo.

La generalización de la salud como mercancía conducirá en el mediano plazo a la eliminación de otros mecanismos diferentes al de la compra del servicio, ya sea por medio del sistema de seguridad social o el de atención particular. Al quedar la compra como la única forma de acceso, la vulnerabilidad de la población pobre y absolutamente pobre es mayor.

Queda entonces la pregunta sobre la evolución de la protección de la población en el sector salud: ¿la tendencia muestra un aumento en la misma, o, por el contrario, ésta se va reduciendo? En el último caso habrá que examinar cómo responde el sistema público y a cuáles alternativas acude la población para solucionar sus necesidades de salud?



Un caso evidente de las dificultades que se presentan en la vigilancia y el control por parte de la comunidad ocurre con los espacios creados para su participación, adonde los representantes acuden sin calificación, como espectadores pasivos a merced del personal técnico que define sin mayor interferencia. Puede ocurrir que las decisiones sean las más adecuadas, pero en todo caso no se está contando con el concurso social para las mismas. Sería entonces necesario examinar mecanismos para calificar la participación de la comunidad en el sector salud, ubicar las limitantes y ventajas que se presentan en Bogotá.

El hecho de que surjan iniciativas -no necesariamente innovadoras- simplemente ideas para desarrollar a partir del espacio, la flexibilidad y las condiciones que se dan con el proceso de descentralización y la participación comunitaria, se con-

vierte en materia prima para cumplir con los objetivos previstos en las reformas y para fortalecer las capacidades tanto del estado, como de la comunidad hacia el futuro para la ejecución de proyectos y el mejoramiento de su bienestar.

Cuando se establecen una serie de condiciones favorables, pero que no son alimentadas con propuestas que dinamicen a la comunidad y generen acciones con resultados y reconocimiento, el resultado es el desgaste de los participantes y su apatía futura a nuevas propuestas. Por el contrario, el tiempo que invierte la gente es un recurso de un valor inmenso para desarrollar su potencial y aumentar sus capacidades de liderazgo y transformación, ello exige la calificación permanente, no sólo en la capacitación, sino en todas las prácticas de participación y acción en las que se involucre a la comunidad.



Con la crisis del estado intervencionista y de bienestar se reduce su tamaño y aparece la privatización como la posibilidad para superar los problemas de desarrollo social. Se alude a la participación de la sociedad civil como mecanismo democratizador del antiguo monopolio estatal, pero no se reconoce la imposibilidad de lograr este objetivo bajo condiciones y poderes desiguales, así estén en libertad de competir.

En el mercado del sector salud, aparecen en desventaja para competir con el sector privado las instituciones públicas de salud y las empresas solidarias de salud. Esta es una preocupación de la comunidad y de los sindicatos del sector, en varios sentidos:

a. En el caso de las instituciones públicas, parece ser que la política estatal es el debilitamiento de las mismas para argumentar en el mediano plazo su privatización, arrendamiento o liquidación total. Por otro lado, la comunidad tiene como referencia cercana a éstas instituciones para su atención y le preocupa quedar dependiendo de las entidades privadas.

NÓMADAS

Departamento de Investigaciones, Fundación Universidad Central, Caracas de 1977, No. 6

TEMA MONOGRAFICO

Esto plantea la pregunta de cómo se da, en el campo presupuestal, la transición de un esquema que sostiene a las entidades públicas por la vía de la oferta a otro esquema en que éstas, como Empresas Sociales del Estado, deben ser autosostenibles financieramente.

Actualmente, se está discutiendo la inminente adecuación financiera y administrativa de los hospitales, tema frente al cual cabe preguntarse qué ocurrirá con la atención de la población no afiliada a ningún régimen y sin capacidad de pago.

b. En el caso de las Empresas Solidarias de Salud, su desarrollo futuro está cuestionado por su poca capacidad para competir con las grandes empresas y la demora en los desembolsos financieros de sus recursos, entre otros. A la comunidad le preocupa que las iniciativas solidarias promovidas por el gobierno estén debilitadas de entrada y de este modo quede más lejana la posibilidad de participación por parte de ella.



Uno de los aspectos más relevantes es la creación de los Sistemas Locales de Salud - SILOS, por medio de los cuales se debe lograr un impacto global y la realización de acciones articuladas y coherentes en el medio local, para que realmente se constituyan en un elemento institucional que beneficie a la comunidad.

Adicionalmente, se debe buscar, a través de la autonomía local e institucional, el desarrollo de iniciativas propias que solucionen efectivamente problemas particulares de salud asociados a condiciones específicas del entorno espacial.

La importancia de la descentralización en salud y en la mayoría de los sectores se argumenta alrededor de la cercanía de los gobiernos locales con la comunidad para identificar sus necesidades reales y diseñar políticas y programas adecuados a éstas. Sin embargo, parece ser que no se están llevando a cabo programas innovadores y ajustados a

PROCESOS DE CITACION

las necesidades locales; puede ser que en parte se deba a la rigidez del nuevo sistema que más que flexibilizar las necesidades de salud de acuerdo con cada localidad o municipio, crea un sistema unificado de servicios y de acceso a los mismos, que dejan poco margen para desarrollar iniciativas diferenciadas de acuerdo con las necesidades de las diferentes poblaciones.

Lo que permite precisamente la descentralización es el desarrollo de iniciativas propias, adecuadas con las necesidades particulares de cada región o zona; este es uno de sus principales potenciales para el desarrollo, en la medida en que se creen o surjan programas y proyectos innovadores que ataquen el problema fundamental y pasen a ocupar el espacio que antes ocupaba el nivel central, con propuestas acordes a la problemática identificada *in situ*.

Los sistemas locales de salud deben planear su gestión de una manera integral, que permita observar el impacto global sobre el mejoramiento de la situación de salud en la población local. Es decir, sus acciones preventivas, de promoción y de acción intersectorial deben hacerse a partir de un diagnóstico de los factores de riesgo identificados en la localidad y desde ese punto se deben orientar para incidir sobre el conjunto de factores, sean estos de índole ambiental, de servicios públicos, condiciones de acceso, violencia, etc., de tal manera que los recursos invertidos se aprovechen de la mejor forma y generen un impacto positivo sobre la situación de salud. La posibilidad que se presenta con la planeación a nivel local, radica en saber identificar problemáticas y soluciones propias de la localidad, con una visión integral e intersectorial, ya que la gestión desde una autoridad local, permite cubrir varios frentes e interactuar con diferentes actores, no sólo con los directamente involucrados en el tema de salud.

Las localidades deben prepararse para que los sistemas de información previstos se adecuen a sus necesidades y sean lo más operativos posibles para la toma de decisiones, de las cuales dependerán los resultados locales en materia de salud.



La focalización de los subsidios en salud en la población más pobre y vulnerable presenta varios puntos para amortizar:

- Con este sistema de selección de los más pobres entre los pobres, se ocasiona una disputa por los escasos recursos existentes, dejando a una parte de los pobres desprotegida, este sector de población no va a destinar sus pocos recursos a afiliación en salud.

- Otro cuestionamiento tiene que ver con su efecto redistributivo. Según Jorge Iván González: "La investigación que acaba de hacer la Contraloría, en una encuesta a 25 mil hogares, muestra con claridad que el efecto distributivo que han tenido los programas de cobertura universal es considerablemente mayor que el efecto redistributivo que han tenido los programas focalizados"³⁷, y la Ley 60 de 1993, está muy marcada por el concepto de focalización. Será importante vislumbrar las tendencias que presenta el subsidio en salud y su impacto real sobre la situación de la población.

- La metodología de selección del SISBEN, no es adecuada para Bogotá y su diseño está dirigido a seleccionar a personas en situación de miseria, ya que descarta familias por el hecho de tener un electrodoméstico básico, contar con espacios separados en la vivienda, tener los servicios públicos básicos, entre otros aspectos. Además, se han presentado casos de aplicación inadecuada de la encuesta y escasez de recursos para llevarla a cabo. Todo esto ha resultado en dejar por fuera del régimen subsidiado a sectores pobres que no pueden acceder por otra vía a los servicios de salud.



Las Leyes 60 y 100 de 1993 canalizan mayores recursos para el sector salud, tanto públicos como por la vía de las cotizaciones de los trabajadores. En la medida en que la responsabilidad pública sea reducida a las acciones básicas de carácter colectivo y que la aplicación del SISBEN resulte en la selección de pocos beneficiarios, habrá que evaluar la destinación de los recursos del sector.



37 González, Jorge Iván. "Bogotá: Transferencias y Descentralización. Una torta mal repartida". En: *Revista Foro Económico, Regional y Urbano: Mesa Redonda*. Bogotá: No. 2. (Febrero, 1996).