
Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia

I. Jaramillo

Asociación Colombiana de la Salud (ASSALUD)

Correspondencia: Dr. Iván Jaramillo.
Calle 64, 5-35, Apto. 706.
Bogotá, Colombia. Correo electrónico: ijaramil@colomsat.net.co

Recibido: 8 de junio de 2000.
Aceptado: 15 de noviembre de 2000.

(Evaluation of health system decentralization and reform of the Social Security system in Colombia)

Resumen

El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de las reformas al sector salud en Colombia acaecidas desde 1990. Con ellas se sustituyó el antiguo Sistema Nacional de Salud y el denominado modelo «bismarckiano» de la Seguridad Social.

El nuevo sistema tiene tres características básicas: a) el sistema público y de subsidios fiscales se encuentra descentralizado en las entidades territoriales departamentales y municipales; b) los hospitales públicos se han convertido en empresas sociales del Estado y se les ha conducido hacia un manejo gerencial, y c) se ha desmonopolizado el sistema de seguridad social en salud y se ha creado un régimen subsidiado de salud para los más pobres.

Este artículo es una recopilación sistemática de información secundaria, extraída de los estudios más importantes que se han realizado para evaluar las reformas del sector salud en Colombia. En algunos de ellos ha participado el autor.

La reforma ha conseguido multiplicar los recursos financieros, lo cual ha permitido incrementar los recursos humanos públicos y su remuneración, así como la disponibilidad de recursos presupuestarios por parte de los hospitales y la ampliación de la cobertura de la seguridad social, incluyendo al 20% de la población más pobre, beneficiaria de subsidios a demanda.

El acceso y la equidad en los servicios personales de salud ha mejorado significativamente; sin embargo, se registra una caída de los indicadores de salud pública y los profesionales asumen una posición crítica frente al nuevo sistema basado en la intermediación, que favorece el incremento de los costes de transacción.

Palabras clave: Reformas sanitarias. Modelos de reforma en salud.

Abstract

The aim of this study is to present the results of the reforms in the health sector that have taken place in Colombia since 1990. These reforms replaced the previous national health system and the so-called Bismarkian social security system. The new system has three basic characteristics: a) the public subsidies are decentralized in the municipalities and territorial departments; b) the public hospitals have been converted into state social enterprises, which has led them towards a management model, and c) the health and social security system monopoly has been abolished and a system of health subsidies has been created for the poorest citizens.

This article systematically collects secondary information extracted from the most important studies evaluating the health sector reforms in Colombia. The present author participated in some of these studies.

The reforms have increased financial resources, which, has led to an increase in public system staff and their salaries. The availability of hospitals' budgetary resources has increased and the social security system has become wider, including 20% of the poorest population who have benefited from subsidies on demand.

Ease of access and equity in the health system have significantly improved. However, indicators of public health have fallen and health professionals are critical of a system based on mediation, which increases transaction costs.

Key words: Health reforms. Health reform models.

Introducción

En los últimos 10 años, el sector salud colombiano se ha visto impactado por dos procesos de modernización: la descentralización y la privatización. Como consecuencia ha sido atravesado por profundas reformas en un intento por adaptar su estructura interna a la evolución propia del conjunto de la administración pública del país y para lograr mejores resultados en materia de equidad, eficiencia y calidad en los servicios prestados¹.

El proceso de descentralización del sector público de la salud se inició con el Decreto 77 de 1987 y la Ley 10 de 1990, más tarde se profundizó con la Ley 60 de 1993; la introducción de la competencia regulada se inició para las entidades privadas en 1990 y luego se articuló con la Reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud establecida en diciembre de 1993, con la aprobación de la Ley 100. Ambos procesos fueron enmarcados y exigidos por la Reforma Constitucional de 1991² que consagró el carácter de Colombia como país descentralizado, con los servicios de salud con la definición de servicios públicos, autorizó además la desmonopolización de los servicios públicos y sociales, la introducción de la competencia pública-privada y en particular eliminó el concepto clásico de «asistencia pública» para los pobres basado en subsidios a la oferta. Como consecuencia de ello se exigió la creación de un sistema de aseguramiento social «universal, eficiente y solidario», el cual en materia de salud se ha desarrollado en la práctica asociado a los conceptos de focalización y administración de los subsidios por vía de la demanda.

El proceso colombiano, si bien presenta particularidades en la forma de articular diversos elementos de reforma y de crear algunos instrumentos novedosos, no es, sin embargo, ajeno a las influencias de las experiencias y corrientes de pensamiento internacional. Así, el modelo de descentralización se apoya mucho en la experiencia europea, especialmente de España y Francia y la desmonopolización en la prestación de servicios públicos y sociales se inspira en gran medida en las ideas norteamericanas y chilenas. Si bien los procesos de cambio sectorial de salud son en principio una adaptación a las corrientes contextuales de «modernización del estado» que lo circundan, es notorio también el impacto que tuvo desde 1988 el interés de la OPS en modificar los antiguos sistemas nacionales de salud complementándolos con el desarrollo de «Sistemas Locales de Salud» los cuales invocan una descentralización más radical; en la misma forma la estrategia de los «Municipios Saludables» impulsada por la OMS se refleja, junto con los SILOS, en la municipalización de la salud en Colombia; en forma semejante el proceso de autonomización de los hospitales toma

elementos de la experiencia inglesa de los años ochenta y se suma a la experiencia latinoamericana, que ha demostrado avances en Argentina, Venezuela y El Salvador.

Este trabajo tiene los siguientes objetivos:

1. Mostrar el avance y las limitaciones de las coberturas en los servicios de salud.
2. Demostrar la equidad en los logros del aseguramiento.
3. Presentar el valor relativo y el significado de los nuevos recursos financieros.
4. Identificar el impacto financiero en los hospitales.
5. Identificar el impacto en el volumen, la clase y la remuneración de los recursos humanos.

Resultados

En Colombia a partir de 1990, la descentralización de competencias y recursos en el sector salud, el desarrollo empresarial de los hospitales y la expansión de la cobertura de la seguridad social en salud han permitido conseguir importantes resultados:

Las coberturas de la oferta pública de servicios y la Seguridad Social

En agosto de 1997³ se encontró que en las zonas pobres de las cabeceras de 110 municipios, de 1.000 en total, la accesibilidad a los servicios médicos cubría el 95% de la población. Además, el 87% manifestaba estar satisfecha con los servicios recibidos.

Simultáneamente, la Encuesta sobre Calidad de Vida⁴ encontró que el 57% de la población estaba afiliada a la Seguridad Social, el 85% de los afiliados consideraba que la atención había sido oportuna y el 82,5% evaluó la calidad del servicio como buena.

Cabe recordar que en 1990 el Estudio Sectorial de Salud⁵ había encontrado una accesibilidad a los servicios del subsector oficial directo de sólo el 35% de la población y con aseguramiento social el 20,6%⁶. Estos indicadores se reajustaron hacia septiembre de 1992, estableciendo mediante la Encuesta Nacional de Hogares que el 81% de la población global tenía acceso a los servicios de salud⁷, incluyendo un 23% de la población total que además del acceso estaba también afiliada a la seguridad social⁸.

Puede concluirse entonces que la reforma descentralizadora, que repercutió a las entidades territoriales y los hospitales, permitió mejorar la accesibilidad a los servicios, y en el solo caso de los hospitales públicos su cobertura evolucionó desde el 35% en 1990 hasta el 63% en 1997, aproximadamente⁹.

Globalmente, la cobertura de entidades públicas, de la Seguridad Social y las privadas pasaron de cubrir el 60% de la población en 1990 hasta el 90% en 1997. Sin embargo, no son tan halagüeñas las noticias en materia de prevención y promoción y de los programas de salud pública, en general. La Universidad de los Andes-CIDER-REUNIRSE encontró que la mayoría de las acciones en este sentido sólo llegan al 30% de la población y el mayor alcance lo tienen los mensajes radiales que llegan hasta el 48%. Por otra parte, las encuestas de Profamilia¹⁰ demuestran deterioros en algunos indicadores de salud materno-infantil.

El logro de la equidad en el aseguramiento en salud

La reforma a la Seguridad Social permitió modificar el grado de aseguramiento, pasando del 20% en 1990 al 57% en 1997. Gran parte del gasto en subsidios de salud se dedicó a los sectores más pobres de la población colombiana, tal como se expone en la tabla 1.

Sobre toda la población del país, el decil más pobre del país incrementó en más de 14 veces su aseguramiento en salud y el segundo decil cerca de 4,5 veces, los restantes segmentos medio y alto de ingresos en Colombia también experimentaron importantes avances en materia de cobertura. El primer fenómeno lo explica la puesta en funcionamiento, a partir de enero de 1996, del régimen subsidiado. El segundo obedece al avance del régimen contributivo, incluyendo en él la ampliación de cobertura familiar a los antiguos afiliados al Instituto de los Seguros Sociales (ISS) y el ingreso de más colombianos a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en general.

La cobertura en seguridad social de salud para 1997 responde a las siguientes cifras:

– Del total de la población pobre en el país, el 35,3% está cubierta por el régimen subsidiado, el 10,7% está cubierta por el régimen contributivo y el 53,9% aún no cuenta con un seguro de salud.

– De la población no pobre, el 47,6% está en el régimen contributivo, el 13,7% en el régimen subsidiado y el 38,6% permanece sin afiliación.

– La cobertura en el aseguramiento cubre al 61% de la población urbana y al 47,5% de la población rural.

Con la reforma, en el régimen contributivo el Instituto Colombiano de la Seguridad Social (ISS), amplió la cobertura a todo el grupo familiar del cotizante y captó, además, muchos afiliados de otras entidades públicas que decidieron no adaptarse al nuevo marco legal y que, por ende, se liquidaron. Por ello, su cobertura pasó del 16 al 22% de la población colombiana. Por otra parte, 30 EPS nuevas (20 privadas y 10 públicas) vincularon

Tabla 1. Cambios en la cobertura de la Seguridad Social

Deciles	Población 1993	%	Población 1997	%
1	3.801.716	3,1	3.041.324	43,7
2	2.956.170	9,2	3.570.719	40,7
3	3.257.018	12,6	3.999.068	44,0
4	3.368.185	14,5	3.794.154	50,0
5	3.583.381	22,8	4.150.531	48,7
6	3.110.062	25,5	4.089.420	59,4
7	3.373.438	29,3	4.249.978	59,2
8	3.323.844	33,9	4.364.904	64,3
9	3.332.152	42,1	4.346.355	73,3
10	3.347.549	45,4	4.235.971	80,0
Total	33.453.515	23,7	39.842.424	57,2

Fuente: Reforma de la Seguridad Social en salud en Colombia y efectos sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud¹¹.

a la seguridad social a gran parte de los antiguos tenedores de las pólizas de medicina prepagada, consiguiendo una cobertura a la fecha cercana al 12,8% de la población total del país.

Incremento en los recursos financieros

El soporte para la expansión en la accesibilidad a los servicios y para garantizar el aseguramiento está en los nuevos recursos financieros que fluyen hacia los hospitales y hacia la creación y desarrollo del régimen subsidiado de salud, que es financiado en un 70% con recursos descentralizados de los departamentos y municipios. Estas nuevas fuentes de recursos se han originado directamente en el proceso de descentralización y su participación en los ingresos corrientes de la nación, otras en el estímulo al esfuerzo propio de las entidades territoriales y en la reforma a la seguridad social. Así, de forma agregada, para 1988, el gasto fiscal y parafiscal de salud se situaba en cerca de 2,67 puntos del PIB y para 1997 había ascendido al 6,39% del PIB, es decir, su participación en el conjunto de la economía se había multiplicado por 2,4.

En la tabla 2 se expone el impacto que la descentralización ha tenido en la financiación del sector, en el período 1988-1997, cuando el gasto fiscal en salud pasó desde el 1,39 del PIB en 1988 hasta llegar al 3,72 del PIB en 1997, creciendo su participación en el PIB en 2,7 veces durante 10 años.

Desde un ángulo complementario, el aporte financiero más importante de la reforma a la seguridad social fue el crecimiento de los aportes obrero-patronales, que pasaron del 8 al 12% sobre las nóminas. Es importante señalar que un punto de este aporte (es decir, cerca del 8,3% de la cotización total) se convierte en un subsidio cruzado (de solidaridad) hacia el régimen subsidiado en salud. Punto que debería ser equipara-

Tabla 2. Evolución del gasto fiscal descentralizado (1988-1997) como proporción del PIB

Año	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Porcentaje PIB	1,39	1,22	1,24	1,07	1,09	1,75	2,48	3,16	3,73	3,72

Fuente: DNP; SISD, Boletín 21, pág. 53.

Tabla 3. Evolución del gasto parafiscal en salud (1988-1997) como proporción del PIB en Colombia*

Año	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Porcentaje PIB	1,28	2,30	1,53	1,47	1,65	1,77	2,10	2,42	2,68	2,67

Fuente: DNP, SISD, Boletín 21, pág. 53.

*Se tomó el 50% del gasto reportado como correspondiente a la Seguridad Social.

do con un aporte del Gobierno Nacional, que no se dio finalmente por las limitaciones fiscales de los últimos años. No obstante, como se observa en el la tabla 3, la Ley 100 ha contribuido a que en años recientes los aportes obrero-patronales hayan duplicado el gasto parafiscal en salud como participación del PIB, pasando del 1,28 al 2,67¹².

Reasignación más eficiente de los recursos financieros

Como consecuencia del proceso de descentralización los hospitales, convertidos en un 90% en empresas sociales del Estado, han ido incrementando sus recursos financieros, por vía de la oferta o la demanda, y expandiendo su capacidad operativa. Entre 1993 y 1997, los hospitales de primer nivel incrementaron sus recursos en 2,6 veces a precios constantes de 1997; asimismo los hospitales del nivel II incrementaron sus recursos en 1,9 veces y los de nivel III en 1,5 veces¹³.

Es de señalar que en 1990 los hospitales de primer nivel recibían sólo el 20% de la financiación. La Ley 10/90 propuso invertir la tendencia y conseguir la meta

del 50% para el primer nivel, dado que se estima que si éste estuviera bien financiado podría resolver el 80% de los problemas de salud. Hoy la meta está cercana, pues los hospitales locales y su red de centros y puestos de salud reciben el 43% de la financiación (tabla 4).

A la pregunta de si la descentralización y las transferencias nacionales mejoran o no la equidad territorial, el CIDE de Medellín¹⁴ realizó un estudio mediante el cual correlacionó el PIB per cápita de cada departamento con las participaciones municipales para inversión social y el situado fiscal (que son las denominaciones que asumen las transferencias del presupuesto nacional a las regiones). Como resultado encontró que entre 1987 y 1995 las transferencias del presupuesto nacional han ido contribuyendo positivamente a reducir la disparidad de los ingresos per cápita disponibles por entidad territorial, al aportarles transferencias por persona superiores a los territorios de PIB per cápita inferiores.

Logros en materia de recursos humanos

En 10 años la población del país creció un 30% pero la plantilla de médicos en hospitales públicos se duplicó así como las escalas salariales de los funcionarios públicos de la salud en el período 1987-1997.

Un estudio adelantado por el Ministerio de Salud, conocido como el Censo del Recurso Humano y la Dinámica Salarial entre 1994-1998, demostró que el personal empleado en el sector pasa en sólo cuatro años de 86.693 funcionarios en 1994 a 105.235 en 1997, lo cual significó un incremento relativo del empleo del 21%; pero si se tiene en cuenta que en el mismo período el desempleo en el conjunto de la economía pasó del 7 al 14%, se puede concluir que la tasa de empleo relativa del sector público de la salud se incrementó en un 28% (tabla 5).

Discriminando por profesiones la mejor tasa de empleo la tuvieron los odontólogos con el 52%, seguidos por los médicos con el 47%, entre el personal asistencial.

Tabla 4. Evolución y estructura del gasto en los hospitales (1993-1997) en millones de pesos a precios constantes de 1997

	1993	1994	1995	1996	1997	Estructura
Hospital primer nivel	325.452	461.495	660.318	749.366	853.984	42,46%
Acumulado	100,00%	141,80%	202,89%	230,25%	262,40%	
Hospital II nivel	322.484	389.476	540.620	595.670	620.701	30,86%
Acumulado	100,00%	120,77%	167,64%	184,71%	192,47%	
Hospital III nivel	348.781	350.212	463.615	529.344	536.294	26,67%
Acumulado	100,00%	100,41%	132,92%	151,77%	153,76%	
Total hospitales	996.717	1.201.183	1.664.552	1.874.380	2.010.979	100,00%
Acumulado	100,00%	120,51%	167,00%	188,06%	201,76%	

Fuente: www. Salud Colombia. com.

Tabla 5. Variación del empleo en la red pública*

Concepto	Tiempos completos equivalentes (TCE) ^a		Variación ^b
Período	1994	1997	1997/1994
Cambios en personas empleadas	86.693	105.235	21%
Personal TCE	84.504	102.325	21%
Plantilla TCE	81.372	90.002	11%
Contratos TCE	3.132	9.935	217%

Fuente: Censo del Recurso Humano (1994-1998). Ministerio de Salud, 1998.
 *No incluye el personal contratado directamente por los municipios que no reportan al Minsalud. No incluye el empleo en las EPS y ARS.
^aLos tiempos completos equivalentes (TCE) permiten reducir a uno dos medios tiempos, y así sucesivamente.
^bCon respecto a otros sectores de la economía, el empleo en el sector público de la salud se incrementó en un 28%, dado que el incremento global del desempleo en el período pasó del 7 al 14%.

Asimismo, el personal administrativo auxiliar creció en un 73%; sin embargo, la relación entre personal asistencial y administrativo pasó de 1,2 a 1,3, lo cual significa que los incrementos de la plantilla asistencial en conjunto fueron superiores a los de la plantilla administrativa. Resalta que el personal destinado a prevención y promoción de la salud creció poco: los promotores de salud en un 19% y los técnicos de saneamiento en un 18%.

Pero no solamente en el período 1994-1997 hubo una expansión del empleo en la red pública, sino que además creció en forma efectiva la escala salarial de los empleados, y fue así como el sueldo promedio, a precios constantes de 1997 pasó de casi 200 a 275 dólares (sin incluir primas, gastos de representación y otros factores salariales que en los diversos casos oscilan entre el 25 y el 100% de la asignación básica [tabla 6]). Esto significó un crecimiento real del salario del 37% sobre la inflación; pero como el reajuste de los salarios oficiales se hizo por debajo de la tasa de inflación, se puede concluir fácilmente que los funcionarios del sector salud mejoraron su escala de remuneración en un 48,5% con relación al conjunto de los empleados públicos del Estado.

Discriminando por profesiones se puede observar que los mejor remunerados han sido los odontólogos y los médicos en servicio social obligatorio, quienes mejoraron sus escalas en un 87 y en un 81%, respectivamente; por otra parte, los médicos especialistas consiguieron un ajuste relativo del 67% en su escala de remuneración, mientras los médicos generales sólo llegaron al 48% y los odontólogos al 35%. Los promotores de salud y los técnicos en saneamiento consiguieron ajustes del 40%.

Tabla 6. Variación de las asignaciones básicas en la red pública* (a precios constantes de 1997)

Concepto	Asignación básica ^a		Variación ^b
Período	1994	1997	1997/1994
Incrementos			
A precios corrientes y en TCE	223.418	546.166(**)	141%
Incremento			
A precios constantes 1997 en TCE	397.957	546.166	37%

Fuente: Censo del Recurso Humano (1994-1998). Ministerio de Salud, 1998.
 *No incluye personal contratado directamente por los municipios que no reportan al Minsalud. No incluye empleo en las EPS y ARS.
^aEsta asignación básica no incluye el factor prestacional (prima técnica, gastos de representación, horas extras, feriados, auxilios y bonificaciones) que se aplica para obtener el salario base para liquidar las cesantías y las contribuciones a la SGSS. El factor prestacional varía entre el 25% en Antioquia hasta el 97% en Bogotá.
^bLa variación positiva de los salarios básicos es menor si se refiere a la inflación global de la economía pero es mayor (48,5%) si se refiere a los ajustes de los sueldos oficiales.

Discusión

La evaluación de las reformas del sector salud en Colombia suscita opiniones encontradas. Por un lado, se sitúan los optimistas, quienes valoran los incrementos de las coberturas en el aseguramiento y en el acceso a los servicios personales de salud, ampliación soportada en el gran incremento de los recursos financieros y su impacto en la disponibilidad de nuevos recursos humanos y materiales en los hospitales.

No obstante, hay razones para la preocupación, entre las que se cuentan los escasos resultados en materia de salud pública; al parecer, el excesivo énfasis en el aseguramiento individual y en la descentralización hicieron perder al Ministerio de Salud el norte sobre su responsabilidad central, a saber: la de mantener los programas de beneficio colectivo y salud pública.

Por otra parte, contrasta el incremento en los recursos humanos empleados en el sector y las mejoras salariales de los funcionarios públicos, en momentos en que el ejercicio privado, mediante la relación directa médico-paciente ha tendido a desaparecer y la financiación ha quedado mediatizada por los aseguradores, que no siempre remuneran al profesional en condiciones semejantes a las del antiguo modelo de mercado abierto de los profesionales independientes, llamado «ejercicio liberal».

Bibliografía

1. Jaramillo I. El futuro de la salud en Colombia, Fescol, Corona, Restrepo Barco (4.ª ed.). Bogotá, enero de 1999.
 2. Especialmente en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política de 1991.
 3. Universidad de los Andes. Encuesta REUNIRSE. Director: Iván Jaramillo. Agosto de 1997.
 4. Departamento Nacional de Estadística (DANE), segundo semestre de 1997, en 10.000 hogares.
 5. DNP y Ministerio de Salud. La salud en Colombia (tomo II). Director: Francisco Yepes Luján, 1990; 439.
 6. Instituto de los Seguros Sociales, Oficina de Planeación e Informática. Informe Estadístico, abril de 1991, 4.
 7. No obstante, en el quintil más pobre el no acceso de los enfermos a los servicios de salud llegaba al 32%; entre tanto, en el quintil más rico la inasistencia era del 8%. Molina CG. Gasto público social en salud y distribución de subsidios en Colombia. Fedesarrollo, DN; 46.
 8. Estudio citado, pág. 9 Fedesarrollo.
 9. El Ministerio de Salud, división de Estudios Económicos ha establecido esta cobertura del 63% de la población total del país para la red pública en 1997 (sin incluir el sector privado y la red propia de la EPS y la ARS).
 10. Profamilia es una entidad especializada en salud sexual y reproductiva.
 11. Céspedes JE, director. Jaramillo I, investigador asociado. RE-DINSA, Bogotá, febrero de 2000.
 12. Los recursos parafiscales están representados, principalmente, por los aportes de ley obrero-patronales a la Seguridad Social. No se consideran ingresos corrientes de la nación ni se incorporan a su presupuesto, diferenciando así estos recursos de otras tributaciones fiscales.
 13. El 29,21% de la financiación de los hospitales es por demanda, o venta de servicios, y de esa proporción 6,42 puntos se originaban en el régimen subsidiado de Seguridad Social en 1997.
 14. Hincapié Correa AL, Mesa Ochoa S, Rhenals MR. Desarrollo, tendencias y perspectivas del proceso de descentralización colombiano. Corporación para el Desarrollo de la Investigación y la Docencia Económica (CIDE). Medellín, julio de 1998; pag. 31.
-
-