

Una agenda para la salud en Colombia

WOLFGANG MUNAR¹

El cambiante entorno de la salud en Colombia

Colombia es uno de los países de desarrollo intermedio de Latinoamérica que logró mantener una tasa positiva de crecimiento durante la década de los 80, pese a la lentificación de la economía mundial y a la difícil situación política del país. En las últimas tres décadas el país parece haber logrado importantes mejoras en los estándares de vida de su gente, incrementando el ingreso per cápita, disseminando la educación, aumentando la productividad de la mujer en la fuerza laboral y controlando activamente el crecimiento poblacional (Banco Mundial, 1984; Banco Mundial, 1989; OMS, 1984).

No obstante lo anterior, Colombia no ha logrado solucionar la inequidad y desigualdad propias de su organización social. El acceso a los servicios básicos es aún racionado de manera permisiva, por lo que el pobre colombiano recibe proporcionalmente menos bienes y servicios sociales que aquellos segmentos poblacionales que en la lotería social fueron los ganadores. Este fenómeno es particularmente agudo en el sector de la salud, el cual es el centro de nuestra discusión.

En el país se ha observado una reducción en la mortalidad infantil en general y un incremento en la longevidad de la población colombiana (OMS, 1984), el crecimiento poblacional se ha reducido del 3.1% en los años 60 a aproximadamente el 2% a principios de los 80. En 1973 los colombianos éramos 23 millones; 27 millones en 1983 y, para fines de siglo, seremos aproximadamente 36 millones. A estos cambios se adi-

ciona la creciente urbanización del país, la cual se espera llegue al 75% para el final del siglo.

Simultáneamente con los cambios demográficos y económicos brevemente descritos, el país ha mostrado un acelerado proceso de transición epidemiológica y una transformación en su estructura poblacional. Si bien algunas de las causas de muerte y enfermedad propias del subdesarrollo aún se mantienen. La década de los 80 nos mostró la creciente importancia que poseen las entidades crónicas y aquellas derivadas de los hábitos y los comportamientos individuales (el cáncer y las enfermedades coronarias, entre otras). Estas últimas se han transformado hoy en día en las más comunes causas de mortalidad general en Colombia. De otra parte la situación política y social del país, así como la creciente urbanización, se han visto representadas en este cambiante perfil epidemiológico en un preocupante incremento en las muertes por homicidio, accidente vehicular y otros traumas. Las pérdidas económicas por incapacidad y restricción física permanente, relacionadas con estas causas de morbimortalidad son incalculables ya que primordialmente afectan individuos en la edad productiva.

Finalmente, las tendencias demográficas del país muestran una población que envejece. La proporción de individuos menores de 15 años ha disminuido del 47% en 1964 al 35% en 1987, y se proyecta en 31% para el año 2000.

Las políticas sanitarias, por todo lo anterior, deben adaptarse al cambiante entorno de la salud en Colombia. La clase política del país debe adelantarse a estos cambios y planificar sus intervenciones de manera anticipada y no reactiva.

La estructura del sistema de salud colombiano

Roemer (Roemer, 1985) propone un esquema o marco conceptual para la evaluación de los sistemas de

1. S.M., M.D. Máster en Salud Pública, Universidad de Harvard. Profesor, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

salud. Según él, todo sistema de salud posee ciertos componentes básicos que incluyen: (1) el desarrollo de recursos, (2) la organización programática, (3) el soporte económico, (4) la gestión del sistema y (5) la prestación de servicios *per se*.

El primer componente, esto es, el **desarrollo de los recursos**, hace referencia a los recursos humanos y físicos del sistema. La producción o desarrollo de dichos recursos exige el empleo de insumos provenientes de otros sectores sociales (manufacturero, educativo, etc). El financiamiento necesario para el desarrollo de los recursos de un sistema de salud se considera un medio de intercambio y no un recurso *per se*.

La **organización programática** hace referencia a las relaciones funcionales y programáticas en que se estructuran los recursos dentro del sistema. El **soporte económico**, de otro lado, se refiere a las fuentes de financiación necesarias para el desarrollo de los recursos y su transformación en programas.

La **gestión** del sistema es una forma de apoyo del mismo en la que se emplean diversos tipos de control social que incluyen la administración, la planeación, la regulación y la evaluación. Desde nuestro punto de vista, éste es la *inteligencia* del sistema. El componente de la **prestación de los servicios** es el producto final resultante de la operación de los cuatro componentes antes descritos.

En esta revisión seguiremos el esquema estructural de Roemer para describir al sistema de salud colombiano. Por la orientación del autor, la revisión estará sesgada hacia una evaluación de los aspectos económicos primordialmente.

Política social y políticas de salud en Colombia

El sistema de salud colombiano se encuentra fragmentado en tres componentes inarticulados: el Ministerio de Salud que presta servicios a la mayoría de los habitantes del país, la seguridad social (ISS, Cajas de Previsión, Fondos especiales) que benefician a los trabajadores del Estado y del sector formal de la economía y, finalmente, un subsector privado que sirve a una creciente minoría de colombianos.

En Colombia, los años 60 fueron el período en que se estableció de una manera explícita el derecho a la atención sanitaria básica y la educación primaria. La ideología subyacente a este cambio trataba de corregir, mediante el gasto público, las serias disparidades y desigualdades del país durante esa década (Selowsky, 1976; Berry y Urrutia, 1976; Bird, 1984).

Aunque la Constitución Colombiana no es explícita respecto a la existencia de un derecho a la salud sí otorga lo que podríamos llamar el derecho de un **"mínimo de servicios"**. No existen consideraciones explí-

cas respecto a un **"mínimo decente de salud"** o a la tensión ética existente entre las políticas destinadas a generar igualdad contra aquellas que propenden por mayor equidad en la distribución de los servicios de salud. El principio moral de la beneficencia se encuentra implícitamente enmarcado al interior de los elementos constitucionales que rigen la salud de los colombianos ya que se propende por la redistribución del ingreso hacia los servicios básicos de salud. Ahora bien, el grado al cual esta voluntad constitucional se cumple en la realidad se relaciona de manera directa con el gasto público que se asigna a la salud, es decir, los fondos que el Estado invierte en el desarrollo y funcionamiento de los programas y actividades del sector salud.

Es un hecho de sabiduría convencional que en la medida en que el ingreso per cápita aumenta, el consumo de recursos en salud se incrementa. La teoría económica tradicional dice que esto se debe a que los individuos valoran más el vivir cuando poseen mayor ingreso que cuando no lo tienen. Es por ello que las sociedades industrializadas siguen la teoría, e invierten ingentes recursos de salud. En este transcurrir del desarrollo económico, la ideología política prevalente posee un impacto adicional que, según Roemer (Roemer, 1985) permite identificar las características orientadoras de la salud de cada país.

Siguiendo el modelo de Roemer, se puede uno imaginar una matriz con dos ejes básicos: el estado de desarrollo económico y la ideología política prevalente en el sector salud (Cuadro 1). En la medida en que los países avanzan en su desarrollo económico, muestran una tendencia hacia esquemas cooperativos de financiación de la salud; estos modelos se encuentran mejor ejemplarizados por los sistemas de salud escandinavos y se basan exclusivamente en el empleo de los impuestos como mecanismo de financiación de los servicios de salud. Es en estos sistemas en los que se puede otorgar al individuo el derecho a máximos en bienestar y salud, pues mediante la redistribución del ingreso, todos los ciudadanos financian los costos de la salud.

Los modelos permisivos son aquellos de corte económicamente conservadores y de escasa intervención gubernamental en los que se permite al mercado libre la asignación de los recursos para el sector salud. El problema con este tipo de modelos es que los mercados son imperfectos y el sistema de precios falla, generando sufrimiento e injusticia en las sociedades de menores recursos. El problema para estas sociedades estriba en la inequidad y desigualdad que se observan cuando las clases menos favorecidas no pueden pagar el precio que el mercado ha fijado para los servicios de salud.

Con base en lo anterior, es recomendable que, en términos de política social, el estado determine de

manera explícita cómo va a financiar la salud y qué tanto de ésta otorgará a sus ciudadanos bajo la premisa esencial de que los recursos son escasos. Dos enfoques globales responden a este dilema: o bien se financia la salud mediante la redistribución del ingreso (impuestos) o la pagan directamente los usuarios. Resulta importante, adicionalmente, que el Estado identifique explícitamente qué tan importante y prioritaria es la salud de los ciudadanos para el desarrollo de la Nación, pues dependiendo de esta prioridad se decide el grado de financiación que se le otorgará a la salud en medio de tantas y tan importantes alternativas programáticas (educación, vivienda, electricidad, etc).

El caso colombiano es *sui generis* pues, no es del todo permisivo, y dista mucho de ser cooperativo. La letra de las leyes, las políticas y los programas, otorgan notoria importancia a la salud y a la educación, pero su aplicación y las deficiencias internas de la administración pública han hecho de la salud uno de los servicios públicos de menor interés para el Estado colombiano.

Los recursos del sistema y su desarrollo

La década de los 70 fue el período durante el cual se desarrolló la infraestructura básica del SNS, lo cual requirió de importantes inversiones de capital las cuales se ven reflejadas en la proporción del gasto público en salud que se dedicó a ello (ver posteriormente).

Esta política de expansión infraestructural se vio acompañada por una política de liberalización en la educación médica, la cual se manifestó en la duplicación del número de escuelas de medicina durante la siguiente década y la subsecuente expansión en el número absoluto de médicos. Las políticas de recursos humanos no estimularon, no obstante, la formación de las enfermeras profesionales, prefiriendo la menos costosa de auxiliares y durante algún tiempo, de promotoras de salud. La principal debilidad del sistema, en lo que respecta al desarrollo de sus recursos humanos, parece ser, no obstante, la carencia de un esfuerzo coherente para formar administradores y gerentes dentro del mismo.

La orientación de estas políticas pareciera estar apoyando el modelo de "medicalización" que prevalece en Colombia el cual se caracteriza por ser de intervención directa, basado en el médico y orientado hacia la enfermedad y su curación, la cual se logra al interior de facilidades especiales (los hospitales) donde se concentra la costosa tecnología que permite dicha intervención. Es asunto de sabiduría convencional que, al igual que ha ocurrido en otros países de mayor desarrollo relativo, un sistema sanitario medicalizado crece en índices superiores a los de la economía y llega a consumir grandes porciones de los recursos del Estado.

La gestión del sistema

Respondiendo a las características propias del Estado colombiano, el sistema de salud del país ha sido tradicionalmente centralizado y replica a su interior los vicios que caracterizan el burocratizado aparato estatal. Al igual que en los demás países de Latinoamérica, la tasa de recambio del personal del sector salud ha sido tradicionalmente elevada presentándose discontinuidad programática y traumatismos en la prestación del servicio. Adicionalmente, no ha existido una estrategia coherente que asegure el desarrollo gerencial del sistema.

Como veremos en detalle posteriormente, el sistema de salud colombiano se ha basado tradicionalmente en los hospitales. Estos son entidades de alta complejidad que prestan servicios muy heterogéneos y cuya planta física y de personal debe mantenerse de un tamaño mínimo independiente del volumen de producción. Dicho en otros términos es difícil pensar en lograr economías de escala en el ambiente hospitalario, por lo que su administración exige del empleo de los más modernos instrumentos de gestión.

Las dificultades de gestión propias del sistema de salud colombiano se magnifican por el abismo que existe entre la notoria capacidad técnica que se concentra en las esferas ministeriales y la escasa capacidad administrativa del nivel operativo. Si a esto adicionamos la tasa de recambio en ambos niveles (mayor en el operativo, desde luego) tenemos un serio problema que posee efectos sobre la eficiencia y la efectividad del sistema.

La modernización del SNS que se pretende dar en el país como resultado de la combinación de las políticas de descentralización y de democracia participativa, exigirá de políticas internas de recursos humanos en las que se resalte el entrenamiento del personal en la gestión de los sistemas, servicios, programas y proyectos de salud.

La financiación del sistema

a. Gasto público en salud

El gasto público en salud es aquella proporción de los recursos de la Nación que se asignan a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas y el medio ambiente. Basados en el análisis de Vivas y colaboradores (Vivas, 1988) podemos resumir, a continuación, las tendencias del gasto público en salud en Colombia de 1966 a 1984.

Durante el período analizado por los autores mencionados el presupuesto asignado por el Estado al sector salud creció, en términos reales (es decir, ajustado a la inflación del período) 4,5 veces, pasando de \$1.294 millones en 1966 a \$5.900 millones en 1984. Este

cambio ha sido bastante desequilibrado y escasamente homogéneo, presentando bruscas oscilaciones y mostrando una clara tendencia decreciente que se vio consolidada a finales de la década de los 80.

El Producto Interno Bruto (PIB) es un indicador interesante para analizar la importancia que el Estado otorga al gasto en salud. La participación de la salud en el PIB colombiano ha crecido de 0.51% en 1966 a 1.52% en 1984, siendo baja en comparación a la que muestran países de mayor desarrollo, pero comparables a la de los países de desarrollo intermedio. Hoy en día existe notoria controversia en los países industrializados respecto a la creciente y aparentemente indetenible participación del gasto en salud en el PIB ya que, siendo limitados los recursos, el gastar en salud implica dejar de gastar en otras alternativas como seguridad nacional u otros sectores de la economía.

Durante el período comprendido entre 1966 y 1974 el país invirtió una buena parte del presupuesto asignado al sector en los gastos de inversión necesarios para el establecimiento de lo que hoy es el sistema nacional de salud. La tendencia posterior fue, como es de esperar una disminución en los gastos de inversión y una mayor participación en los de fusionamiento. Es muy indicativo del modelo colombiano el que durante estos años, una proporción cercana al 65% de los fondos del sector se gastaron y siguen gastando en el área de atención a las personas (atención médica directa), un 25% en atención al ambiente (acueductos y alcantarillados, disposición de excretas, control de enfermedades transmisibles, etc.) y un promedio durante el período estudiado del 20% en infraestructura de apoyo (formación y capacitación del personal, investigación y todas las actividades de protección a la niñez y a la tercera edad).

b. Gasto público en atención médica directa

Un análisis detallado del gasto público en atención médica, es decir, aquella que beneficia directamente al individuo es de gran utilidad para nuestra discusión. Como veíamos antes, a este grupo de actividades se dedica la mayor proporción del gasto público en salud en Colombia. Este tipo de actividades se caracteriza por utilizar un intensivo componente de recursos humanos (personal médico y paramédico) y por exigir del empleo de referentes espaciales y geográficos de mediana a alta tecnología (hospitales, centros y puestos de salud). Las actividades incluidas en el gasto en atención médica son la consulta médica, la atención de enfermería, la atención de promotoras, la vacunación, el tratamiento odontológico y la hospitalización.

En términos reales, la participación del gasto público total en salud ha crecido en un promedio del 6,6% durante los últimos quince años, aunque dicho crecimiento no ha sido uniforme. Si observamos el comportamiento del gasto de atención médica en relación a

cada una de las actividades que lo componen, observaremos cómo la hospitalización absorbe la mayor proporción del mismo, pese a que es la única actividad que no ha crecido en los últimos años. Durante el período 1972 a 1984, la participación de la consulta médica registró un aumento en el gasto del 17,6% al 27% mientras que la variación en la atención de enfermería fue el 1% al 2,6% durante el mismo período. Estos cambios se relacionan parcialmente con las políticas nacionales de formación de recursos humanos en salud que han estimulado la "medicalización" del país sin asegurar el crecimiento de otros recursos de apoyo o gestión. Estas mismas políticas, o el empleo permisivo de las mismas, ha estimulado la concentración del personal médico en las ciudades (aproximadamente el 71% de ellos se concentran en las capitales departamentales) (Vivas, y cols, 1989).

Algunos de los cambios adicionales que han ocurrido en las actividades de atención médica llaman la atención por su potencial impacto benéfico. Por ejemplo, los incrementos que se han dado en las vacunaciones permiten predecir positivos efectos a mediano y largo plazo sobre el comportamiento de la morbimortalidad infantil. Por otro lado, las consultas externas y odontológicas han aumentado su participación en el gasto, pero mientras las primeras se han reorientado primordialmente hacia la atención materno-infantil, las segundas no se ven aún apoyadas por programas con un impacto preventivo como la fluorización de las aguas o la sal.

El análisis es muy significativo pues identifica el impacto que el modelo de la "medicalización" ha tenido sobre el gasto en salud en Colombia; el centro de acción de este modelo es el hospital y su primordial manera de intervención es de tipo curativo. Por el contrario las actividades preventivas y de promoción social quedan relegadas por el modelo a un inferior nivel de importancia. En términos de política social el caso colombiano merece mayor reflexión.

c. Política fiscal y financiación de la salud

Tradicionalmente los impuestos de destinación específica han generado la mayoría de los fondos de operación del sistema nacional de salud; un porcentaje inferior al 20% se obtiene mediante la "venta de servicios" (recuperación de los costos mediante el empleo de tarifas al usuario). En teoría, los impuestos de asignación específica ("earmarking" en la literatura anglosajona) permiten la asignación de recursos públicos que más se asemeja a los niveles de eficiencia económica que generaría un mercado perfecto. De acuerdo con este modelo una parte o la totalidad de los recursos que obtiene el Estado mediante un determinado impuesto, se transfieren a los departamentos y/o municipios para

la financiación de aquellos programas y servicios públicos que las políticas sociales consideran prioritarios.

El sistema fiscal colombiano ha sido llamado "irracional" e "ineficiente" por diversos observadores (Bird, 1984; World Bank, 1984) y en lo que respecta a su impacto sobre el sector salud, ha sido área de mucha discusión y recientemente, de importantes cambios legislativos.

Para la financiación de la salud el Estado había recurrido a dos esquemas complementarios. De una parte usaba una transferencia del orden nacional denominada el situado fiscal, el cual tenía dos asignaciones específicas: el 70% debería financiar la educación y el resto, la salud. El situado fue establecido durante los 60 con base en una pobremente refinada fórmula y según la base poblacional del censo de 1964. Como política fiscal fue un error crónico que nunca logró distribuir de manera eficiente los recursos. El otro enfoque fiscal propendía por la generación de ingresos públicos a nivel departamental o municipal, mediante impuestos a los licores y la cerveza y cediendo el monopolio de los juegos de azar a los departamentos.

Las cifras muestran cómo las instituciones de salud del sistema nacional de salud se tornaron extremadamente dependientes del enfoque paternalista así resultante. El problema se complicaba por el casi inverosímil proceso burocrático del fisco nacional, departamental y municipal. Aparte de la inapropiada redistribución del ingreso de acuerdo con las necesidades regionales, la política fiscal del país hacia las instituciones de salud absolutamente dependientes de la ineficiencia administrativa de los órganos burocráticos del orden nacional, departamental y municipal, lo cual se ha manifestado en impuntualidad en el suministro de los recaudos, problemas y conflictos laborales y, en últimas una reducida calidad en los servicios a las personas y al medio ambiente.

Durante la década de los 60, el estado estableció el impuesto a las ventas: en la medida en que pasaron los años éste se transformó en la segunda fuente de ingresos en importancia para el gobierno. Parte de estos recursos comenzaron a ser distribuidos hacia los departamentos y municipios. Por ser un impuesto abierto e incondicional (es decir, no requería de esfuerzo complementario alguno por parte del ente receptor) disminuyó el esfuerzo fiscal por parte de los receptores.

En resumen la participación del Estado colombiano en la financiación de la salud muestra las siguientes características: desde fines de la década de los 70 hasta mediados de la de los 80, la participación de la Nación comenzó a mostrar una leve disminución en su participación en el gasto total de la salud. No obstante, la Nación incrementó sus aportes en los departamentos de Cundinamarca, Caldas, Antioquia y el Distrito Especial

de Bogotá. Por el contrario, la redujo en la mayoría de los departamentos de la Costa Atlántica (a excepción de Cesar), el Valle y otros.

Ahora bien, la Nación no es el único ente financiador de la salud. Las secciones administrativas del orden departamental y municipal poseen los instrumentos fiscales necesarios para apoyar las actividades sanitarias y se recomienda teóricamente, que los entes departamentales y municipales sean menos dependientes de la Nación. No obstante, la participación seccional en el caso de departamentos como el Atlántico decreció en el período 1979-1984 (Vivas y cols).

En teoría existe una asociación inversa entre el gasto seccional total en salud, el grado de urbanización y el nivel económico del Departamento. Es por ello que es predecible que aquellos departamentos altamente poblados y con productiva actividad económica reciban menor proporción del gasto público en salud. Este fenómeno se explica en parte, debido a que la concentración humana en los centros urbanos favorece el aprovechamiento de economías de escala en la prestación de los servicios. No obstante en el caso colombiano llama la atención que la teoría sólo se aplica a ciertas secciones, mientras que se rompe en otras. Por ejemplo, mientras que Valle, Bogotá y Antioquia muestran altos índices poblacionales y bajos niveles de gasto per cápita en salud, Quindío, Risaralda y Cundinamarca muestran similares índices poblacionales y un elevado gasto per cápita en salud.

Los fenómenos antes descritos son muestras de inequidad en la distribución de los recursos para el bienestar público y denotan un fracaso, al menos parcial, en la política social. De una parte, no se estaban distribuyendo los recursos de manera proporcional a las necesidades de las regiones; en segundo lugar, se les distribuía con base en una estimación poblacional inadecuada (el censo de 1964); en tercer lugar la distribución beneficiaba mayoritariamente a ciertas ricas regiones del país en detrimento de otras menos desarrolladas. En buena parte, estos fenómenos se derivan de la dependencia fiscal que las regiones poseían respecto a la Nación, de la escasa disposición a la generación de ingresos en el nivel seccional, y de la tendencia a utilizar impuestos de destinación específica. Todo esto se supone que cambie con base en las leyes de descentralización administrativa y autonomía municipal.

Los fenómenos hasta aquí descritos pavimentaron la vía que obtuvo mediante un lento proceso regulador a la serie de actos legislativos que han contribuido a modernizar durante la presente década - al menos en potencia - al sistema nacional de salud.

El sector salud se ha visto crecientemente involucrado dentro del proceso de descentralización política, fiscal y administrativa que la ley 14 de 1983 inició en

Colombia. En primera instancia, el alcalde se elige por voto popular y pasa a ser el jefe de la administración municipal. La comunidad posee mayor ingerencia sobre las políticas de servicios públicos no sólo porque ante las grandes decisiones el alcalde tendrá que recurrir a la consulta popular, sino por lo estipulado por la ley 11 de 1986 que establece diversas formas de participación comunitaria.

Es una ley fiscal, precisamente, la que otorga realmente poder decisorio sobre la salud al alcalde municipal. La ley 12 de 1986 incrementa la transferencia del IVA hasta el 50% de los recaudos y señala que los gastos de inversión como proporción de la transferencia del IVA "podrán destinarse a la construcción, dotación, y mantenimiento de los puestos, centros de salud y ancianatos". La misma ley adiciona al municipio la responsabilidad sobre la atención al ambiente y al saneamiento básico.

El proceso de cambio del sistema sanitario colombiano ha sido adicionalmente estimulado por la ley 10 de 1990 la cual reforma el sistema. La ley permite fortalecer la financiación del sector salud con recursos del situado fiscal y del monopolio del azar distintos al chance y las loterías. Se transfieren adicionalmente, las funciones de dirección y administración a los municipios en el primer nivel de atención en salud y a los departamentos en los niveles dos y tres. Se establece también la transferencia de recursos financieros hacia los municipios. Estos últimos recibirán del Estado no menos del 50% del situado fiscal para financiar la prestación de servicios primarios de salud. Los departamentos recibirán el resto, aparte de los recaudos cedidos por juegos de azar, licores y cerveza para poder mantener los servicios en los niveles segundo y tercero.

Es interesante el caso de las áreas metropolitanas y los distritos especiales en los que la autoridad municipal ostenta el control de las instituciones de salud en los tres niveles, obligando al municipio a ser más responsable en la generación de ingresos para la salud.

Tres aspectos particulares de la ley merecen ser discutidos en mayor detalle en esta revisión y son los que hacen referencia al financiamiento y control financiero del sistema en los niveles seccionales y municipales. El primero hace referencia a la creación de los fondos de salud de los niveles municipal y departamental; el segundo se refiere a la nueva política tarifaria y, el tercero hace relación a la nueva forma de asignación de recursos del nivel central y local.

La ley crea fondos locales y seccionales de salud cuyo ordenador de gasto es el jefe de la administración municipal o departamental, según el nivel. Este fondo se nutrirá de los ingresos propios y transferidos y las rentas cedidas con destinación para la salud. Por cuanto uno de los grandes cuellos de botella con el estilo actual

de administración fiscal es la excesiva centralización y la consecuente burocracia vertical y horizontal, se espera que estos fondos agilicen la asignación local y seccional de las partidas destinadas a la salud.

De otra parte, la ley establece una nueva reglamentación tarifaria que, al menos en teoría, incrementaría la eficiencia del sistema. En los actuales momentos, el empleo de la contabilidad de costos y de los instrumentos modernos de las finanzas es prácticamente desconocido dentro del sistema. Teniendo en cuenta el gasto tan elevado que nuestro sistema de atención a las personas representa, el estado debe propender por el uso apropiado de recursos escasos, para lo cual ha de introducir instrumentos modernos de control y gestión financiera. Por ello la ley exige el establecimiento de sistemas de contabilidad de costos que permitan cuantificar y valorar los costos reales de los productos finales e intermedios de la atención sanitaria y por ende, establecer sistemas reales de cobro de tarifas a los usuarios y a otras entidades como la seguridad social.

Un alcance adicional del establecimiento de los sistemas de contabilidad de costos es que permitirá al gerente de cada institución intervenir sobre los insumos o procesos propios de su organización para controlar los costos y los niveles de producción de servicios.

Finalmente, es en lo que se refiere a la financiación proveniente de la redistribución del ingreso en donde la ley 10 de 1990 posiblemente logre su mayor impacto. Se establece una serie de disposiciones legales que posiblemente aumenten notoriamente la asignación financiera de la Nación al sector salud como un todo, simultáneamente estimulando la participación activa de los municipios y departamentos en dicha financiación reduciendo así la ineficiente centralización paternalista que discutíamos con anterioridad.

De una parte, y a partir de 1991, por lo menos el 4% de la totalidad de los ingresos ordinarios de la Nación se destinará al sector salud. Este situado fiscal pasa a cubrir de manera específica, los costos de funcionamiento del sector en prioridades que determinará el Ministerio de Salud. De otra parte, las rentas cedidas por la Nación a los departamentos, recibirán similar destinación: costos de funcionamiento.

De los dineros del situado fiscal, no menos del 50% será distribuido por los departamentos a los municipios, teniendo en cuenta los apropiados factores de distribución social de los fondos públicos: la categoría socioeconómica del municipio, la población cubierta por los servicios públicos de salud y, adicionalmente, los aportes del propio municipio. Esta medida, si es aplicada de manera apropiada, corregirá algunas de las inequidades existentes en la actual asignación de recursos.

Es importante recordar, adicionalmente, que la ley de autonomía municipal otorga particular relevancia al I.V.A. como fuente de financiación local de los servicios básicos de salud. Se ha dicho que esta medida castiga aquellos municipios pequeños o de reducida actividad comercial, por lo que se hacía necesario introducir medidas correctivas. No obstante, es importante recordar la tendencia de migración urbana colombiana, la violencia rural para, en asocio con las nuevas leyes de autonomía municipal, poder visualizar el fortalecimiento que algunos municipios tendrán en los próximos años y el deterioro que otros podrían sufrir.

Discusión

Una evaluación histórica y sesgada como la anterior nos permite, no obstante sus inherentes errores y limitaciones, descubrir los principales problemas que han afectado el desarrollo de la salud en Colombia así como predecir algunas de las tendencias que se pueden esperar en los próximos años.

a. El problema financiero

En primera instancia, se detecta en el caso colombiano un problema de fondo que se descompone en dos partes: de un lado están las dificultades financieras que afectan al sector salud y, por el otro, se encuentra uno de mayores implicaciones que es la asignación de recursos al mismo. En términos generales, el sector ha sufrido de un problema de identidad que se ha manifestado en una tendencia hacia las variaciones en la asignación de recursos. Este problema se encuentra profundamente enraizado en las dificultades que los gobiernos colombianos han tenido que enfrentar al decidir qué recursos destina a cada sector.

Nuestra revisión muestra cómo el apoyo gubernamental para la salud se ha comportado de manera errática y con una clara tendencia hacia la disminución. Esto implica que los juicios políticos que las sucesivas administraciones nacionales han realizado respecto a la asignación de recursos al sector han sido igualmente erráticos e inconsistentes.

No obstante, la ley 10 de 1990 representa un gran esfuerzo hacia un claro cambio estructural ya que en ella se considera a la salud como un servicio público y se proporcionan los instrumentos fiscales paralelos que se necesitan para que de la redistribución del ingreso el sector salud se alimente de manera prioritaria.

Pese a lo anterior, un problema serio persiste en la estructura del sistema: las fuentes de financiación del sector salud requieren de una reestructuración más profunda, que vaya más allá del tamaño del gasto público y de un sistema de precios. El camino que ha abierto la ley 10 de 1990 parece ser un primer paso ya que la prevista autonomía institucional asociada a po-

líticas contemporáneas de precios y a una mayor participación del sector privado serán la base para esquemas tarifarios y de reembolso desconocidos en el país. Desafortunadamente, un sistema de salud basado exclusivamente en la recuperación de los costos mediante tarifas, sigue dejando un gran espacio abierto para el gran mal de los servicios públicos en nuestro país; la inequidad. Elaboremos un poco más sobre el tema.

Los productos y proveedores propios del sector salud son notoriamente heterogéneos. Los usuarios de estos servicios generan demanda hacia los servicios *per se* (los cuales compran dentro de un sistema de precios) y hacia una cobertura, esto es siguiendo a De Ferranti "los individuos desean y están dispuestos a pagar por la protección y la prevención contra la mala salud y el costo de los tratamientos" (De Ferranti, 1985). En Colombia, la mayor parte de la población puede comprar servicios de salud (usualmente cuando enferman), pero grupos privilegiados compran cobertura (en forma de servicios prepagos, seguridad social, etc).

En nuestra opinión, el país debe dirigirse de manera decidida hacia el desarrollo de un sistema sanitario con una base financiera única y en el que todos los colombianos puedan intercambiar bienes y servicios proporcionalmente a sus capacidades. Lo que posiblemente veamos en Colombia será un sistema de salud con una base financiera única que favorezca la competencia entre los proveedores (el Estado y la empresa privada en la parte de los servicios directos de tipo curativo y preventivo y el sector financiero privado y público en el mercado de los seguros prepagos) y que sea regulado por el gobierno en términos de calidad, eficiencia y equidad.

Sin entrar a detallar las múltiples posibilidades que existen, ni los ejemplos que abundan en la literatura, creemos que el país debe esforzarse por estimular el desarrollo de sistemas de salud en los que el riesgo de enfermedad y muerte se diluyan y en los que las comunidades puedan agruparse en forma cooperativa o empresarial para protegerse financiera y sanitariamente frente a los mismos. En un sistema como estos, la competencia que se generaría dentro del sector redundaría en servicios de mayor calidad para el usuario, mayor libertad de selección, disminución de la ineficiencia gubernamental, mejor distribución del ingreso y mayor justicia distributiva.

b. La capacidad de gestión

Reconociendo los alcances de la ley 10 de 1990 es importante anotar aquí que la misma tendrá un impacto notorio sobre la gestión de los recursos humanos y la sostenibilidad programática dentro del sistema. De una parte, al crear la carrera administrativa se reduce la injerencia política dentro del sistema y se abre la posibilidad de tecnificar el nivel operativo del mismo. No

obstante, el Estado tendrá que invertir en esta área y la capacitación del recurso será una prioridad política cuyos costos y resultados dependerán en buena parte de las metodologías educacionales a ser empleadas y de las necesidades del sistema.

En nuestra opinión la enorme debilidad del nivel operativo del sistema estriba en la escasez de gerentes dentro del mismo. El país debe propender por el desarrollo de estos profesionales para lo cual cuenta con un número creciente de programas universitarios de postgrado en administración de salud. El sistema hospitalario por sus características especiales requerirá políticas especiales para su modernización administrativa y, al igual que la totalidad del sistema, no sólo requerirá de gerentes sino de funcionarios entrenados en las diversas funciones de la administración moderna para quienes se debe elaborar programas de formación adaptados al entorno propio de cada entidad.

c. El rol del gobierno

El papel que los gobiernos juegan al interior del sector salud ha sido una tradicional fuente de controversia. Las posiciones varían mucho y van desde aquellas que ven al Estado como administrador directo de los servicios hasta otras que lo ven como un ente indirecto de apoyo financiero, o sólo como un regulador, vigilador y controlador de la calidad.

En el caso colombiano se observa una voluntad de cambio que retira al Estado del rol de monopolizador de los servicios públicos de salud llevándolo a uno de regulación y vigilancia. Queda por lograrse, no obstante, un similar proceso de cambio en lo que toca al subsector de la seguridad social cuyo rol monopólico y monopsónico debe diluirse mediante competencia directa con el subsector privado y bajo la regulación y vigilancia gubernamental.

Desde nuestra perspectiva el Estado debe velar por los aspectos esenciales de la equidad, la eficiencia y la calidad de los servicios. Su nivel de intervención debe ser el de las asignaciones macro al sector salud así como en el control de las políticas financieras del mismo. Esto deja en los niveles seccionales y locales la capacidad de decisión en aspectos de asignación micro a programas y proyectos específicos que respondan a las políticas nacionales. Obviamente, esta autonomía regional y local habrá de generar traumatismos y conflictos durante el período de transición que ahora iniciamos. Una buena parte de los obstáculos podrán ser enfrentados mediante la capacitación del recurso humano, pero el instrumento que mayor impacto tendrá sobre la imple-

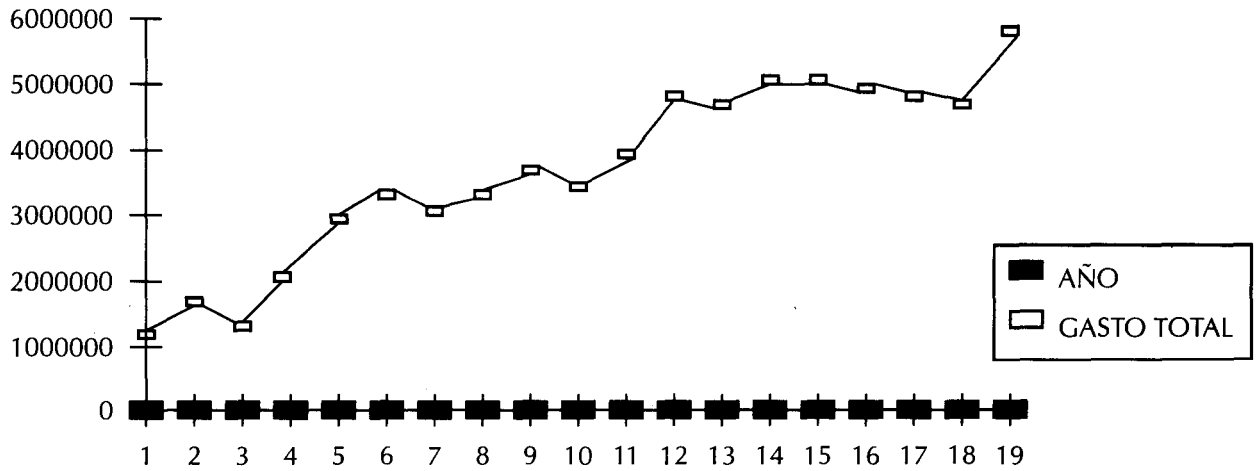
mentación del proceso de cambio será la participación comunitaria.

En la medida en que las comunidades y sus fuerzas vivas conozcan y participen de las decisiones que competen a su bienestar y el de las futuras generaciones, la clase política imperante se verá forzada a cambiar su estilo de acción o a desaparecer. El fenómeno de participación comunitaria asociado a los cambios políticos que se están dando en el país y a la frágil, pero creciente tendencia hacia el pluralismo ideológico se transformarán en fuerzas vigilantes y legitimadoras que actuarán dentro del entorno inmediato y externo del sector salud.

Un problema final sobre el cual el Estado deberá intervenir de manera activa y no reactiva, es el del escalamiento de los costos del sector. Dos factores claves inciden directamente sobre este problema; de una parte el envejecimiento del país traerá consigo un perfil epidemiológico caracterizado por entidades crónicas como el cáncer y la enfermedad cardiovascular con sus patologías asociadas las cuales incidirán sobre el consumo de servicios de salud y los costos de los mismos. El otro, paradójicamente, es el crecimiento progresivo del ingreso per cápita y la mejor redistribución del ingreso que se esperan de la Colombia del siglo XXI. Como hemos mencionado antes, en la medida en que el ingreso aumenta, el gasto en salud crece, lo cual se explica a nivel individual por una mayor y mejor valoración del vivir y un consumo elevado de los servicios del sistema médico.

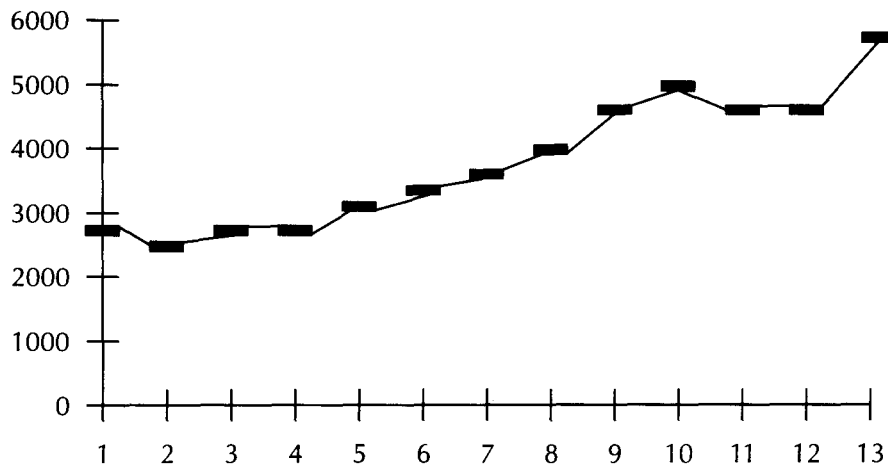
En un país que ha mostrado una tradición hospitalaria intensa como el nuestro, los dos factores antes mencionados se combinan para crear una situación potencialmente explosiva que ya están viviendo los países desarrollados. De una parte el desarrollo económico trae consigo la implantación de nuevas tecnologías biomédicas (no siempre costo/efectivas), una mayor longevidad y mayor capacidad de compra; por el otro, el envejecimiento de la población y sus patologías asociadas auguran necesidades nuevas y demanda certera por servicios de alta tecnología. La combinación de estos factores, en medio de políticas permisivas de salud, promete un futuro hiperinflacionario para el sector.

Por lo anterior la agenda para la salud en Colombia debe identificar desde ahora los instrumentos de política fiscal y de salud que nos permitan asegurarnos contra esta tendencia inflacionaria. Un enfoque salubrista contemporáneo asociado a esquemas de riesgo compartido (compra de cobertura) y a una rigurosa protección del ambiente podrían ser enfoques correctos para un país que esperamos entre al siglo XXI por la puerta grande.



Comportamiento del gasto total en salud en un período de 19 años (1966-1984)
Figura 1

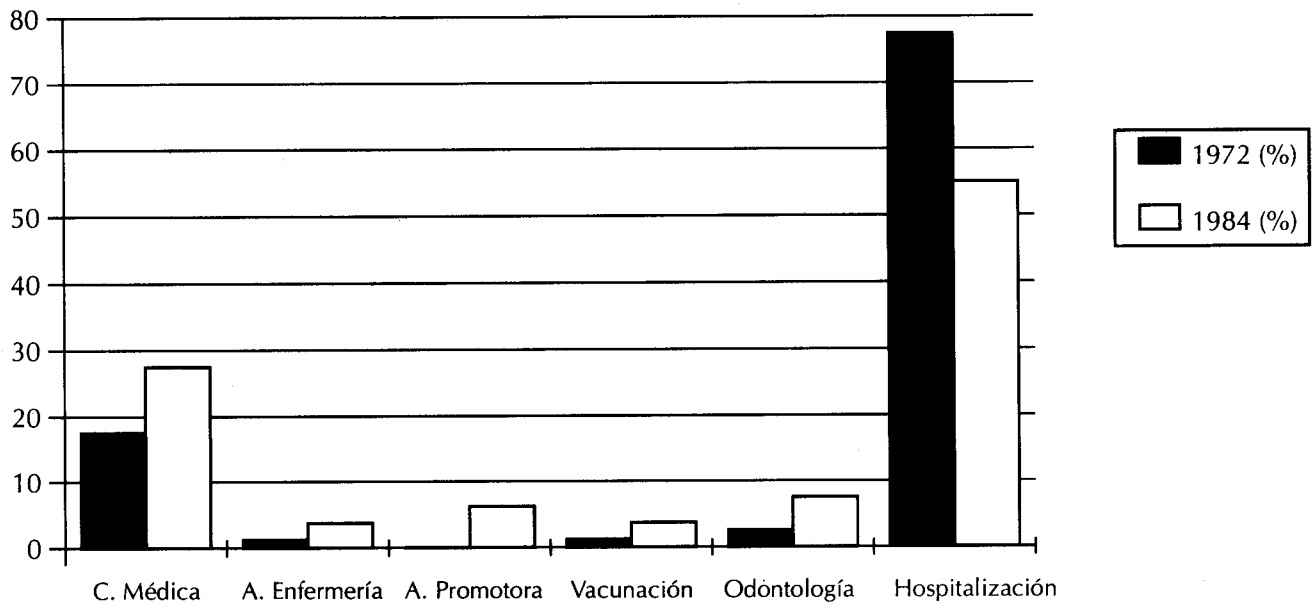
Adaptado de Vivas y Cols, 1988.



Serie 1972 a 1984

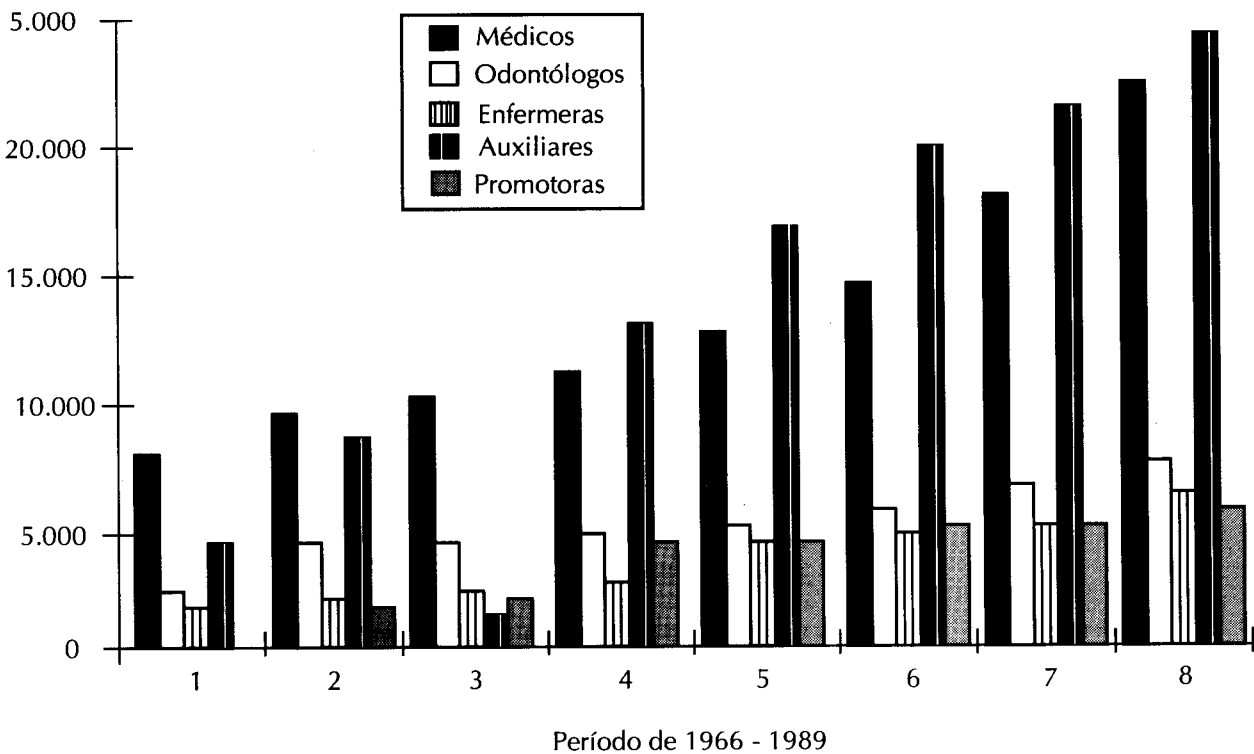
Evolución del gasto público en atención médica en precios constantes de 1975
Figura 2

Adaptado de Vivas y Cols, 1988.



Composición y variación del gasto público en atención médica por actividad
Figura 3

Adaptado de Vivas y Cols., 1988.



Disponibilidad de recursos humanos en salud (por 10.000 habitantes)
Figura 4

Adaptado de Vivas y Cols. 1988.

Referencias

- Akin, J.S (1987). *Financing Health Services in Developing Countries*. An agenda for reform. World Bank.
- Beauchamp: T.L., Childress, J.F. (1983). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press. New York.
- Daniels, N. (1985). *Just Health Care*. Cambridge University Press, Cambridge.
- De Ferranti, D. (1985). *Paying for Health Services in Developing Countries*. An Overview. World Bank.
- Hiatt, H.H. (1987). *America's Health in the Balance: Choice or chance?* Harper & Row. New York.
- McLennan, K., Meyer, J.A. (1989). *Care and Cost: Current issues in Health Policy*, Westview Press, Boulder.
- Ordóñez, R. (1987) *La nueva legislación municipal*. Editorial Edición, Bogotá.
- Roemer, W.I., *National strategies for health care organization, A World overview*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1985, pp.:26-38.
- Terris, M., *The three world systems of medical care: Trends and prospets*. AM J PUBLIC HEALTH (1986): 68:1125-81.
- Vivas. J., Tarazona, E., Caballero, C., Marrero, N (1988) *El sistema nacional de salud*. FEDESARROLLO/ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Bogotá.