

Las consecuencias del neoliberalismo

Colombia: prueba in vivo de la privatización del sector salud en países en desarrollo*

Colombia: in vivo test sector privatization in the developing world

Tony de Groot

Pierre de Paepe

Jean-Pierre Unger

Department of Public Health, Instituto de Medicina Tropical, Amberes, Bélgica

Cibercorreo: jpunger@itg.be

De Groot T, De Paepe P, Unger JP. Colombia: prueba in vivo de la privatización del sector salud en países en desarrollo. Rev Fac Nac Salud Pública. 2007; 25(1): 106-17

Resumen

La reforma del sector salud en Colombia en 1993 se fundamentó en el paradigma defendido internacionalmente de la privatización de los servicios de atención médica. Teniendo en cuenta la falta de evidencia empírica en la aplicación de este concepto en los países en desarrollo y la experiencia documentada de fracasos en otros países, Colombia trató de superar estos problemas a través de un modelo teóricamente sólido pero, a la vez, complicado. Después de 10 años de la implementación de la Ley 100, una revisión de la literatura muestra que los objetivos propuestos de cobertura universal y acceso equitativo a atención de alta calidad no se han logrado. A pesar de un gran aumento en los costos y un incremento considerable en los gastos públicos y privados

en salud más del 40% de la población aún no está cubierto por la seguridad en salud y el acceso a la atención médica es cada vez más difícil. Además, indicadores claves de salud y programas de control de enfermedades han desmejorado. Estas conclusiones confirman los resultados en otros países de ingresos medios y bajos. Los autores sugieren que la explicación radica en la ineficiencia de la subcontratación con terceros, la débil capacidad económica, técnica y política del gobierno colombiano para regular y controlar y la ausencia de participación real de los pobres en la toma de decisiones sobre políticas de salud.

----- *Palabras clave:* Colombia, reforma sanitaria, privatización, seguridad social

Summary

The reform of the Colombian health sector in 1993 was founded on the internationally advocated paradigm of privatization of health care delivery. Taking into account the lack of empirical evidence for the applicability of this concept to developing countries and the documented experience of failures in other countries, Colombia tried to overcome these problems by a theoretically sound, although complicated, model. Some ten years after the implementation of "Law 100," a review of the literature shows that the proposed goals of universal coverage and equitable access to high-quality care have not been reached. Despite an explosion in costs and a considerable increase in public and private health expenditure, more

than 40 percent of the population is still not covered by health insurance, and access to health care proves unceasingly difficult. Furthermore, key health indicators and disease control programs have deteriorated. These findings confirm the results in other middle- and low-income countries. The authors suggest the explanation lies in the inefficiency of contracting-out, the weak economic, technical, and political capacity of the Colombian government for regulation and control, and the absence of real participation of the poor in decision-making on (health) policies.

----- *Key words:* Colombia, health reform, privatization, social security

* El presente artículo fue publicado originalmente en *Internacional Journal of Health Services*, vol. 35 N.º1, 125-141, 2005. © Baywood Publishing Co. inc. La publicación de la presente traducción fue autorizada por los autores y por el editor de esa publicación, doctor Vicente Navarro.

La privatización de los servicios de salud en los países en desarrollo fue apoyada prácticamente por todas las entidades de ayuda internacional.¹⁻³ Expresiones como “gerenciar” y “manejar el timón es mejor que remar”, usadas en los documentos sobre políticas en la agenda global para la reforma del sector de la salud del Banco Mundial y de la Organización Mundial de la Salud (OMS),^{4,5} se refieren a las características deseadas en esta nueva alianza pública-privada. La recomendación de que el servicio hospitalario se subcontrate con organizaciones privadas con ánimo de lucro cambia el papel del sector público para proveer menos y controlar más, al tiempo que las instalaciones de primera línea del Ministerio de Protección Social limitan su área de operaciones al control de enfermedades. El artículo 1.3 (c) del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios, de la Organización Mundial del Comercio (OMC) se podría interpretar incluso como prohibición de la prestación de servicios de atención en salud que no estén relacionados con programas de control de enfermedades dentro de servicios de salud subsidiados por el gobierno. La actual ola de reformas del sector se respalda en atractivos argumentos teóricos.⁶ Sin embargo, no hay evidencia empírica de que en los países en desarrollo, las empresas y proveedores privados de servicios de salud puedan ofrecer servicios de excelente calidad que cubra poblaciones enteras.⁷

Colombia es probablemente uno de los pocos países en desarrollo que ha adoptado la subcontratación como paradigma clave de su política nacional de atención en salud y que han dedicado un presupuesto suficiente para la atención en salud, con un aumento en el presupuesto nacional asignado a la salud, desde 3,5% del PIB en 1993 a 5,5% en 1999.⁸ Este artículo examina la evidencia en la literatura publicada y la *literatura gris* para evaluar si la privatización de la atención en salud en Colombia ha logrado: a) mejorar el cubrimiento de la seguridad, b) mejorar el acceso a los servicios de salud y su utilización, c) mejorar el estado de salud de la población y d) controlar el crecimiento de los gastos en salud. Luego prosigue hasta observar los mecanismos implicados y relaciona estos hallazgos con la política nacional de salud.

Características de la reforma de Colombia

La reforma del sector de la salud en Colombia empezó en la década de 1980 con un proceso de descentralización política, fiscal y administrativa. A esto le siguió la implementación de la Ley 100 en 1993, que resultó en un sistema general de seguridad social en salud con dos características principales: la división entre comprador y proveedor y la subcontratación. Los efectos independientes de la descentralización y de la Ley 100

son a veces difíciles de distinguir porque “a veces son sinérgicos y otras, antagónicos”.⁹ Sin embargo, la correlación a lo largo del tiempo puede dar una idea de los efectos causales de uno de estos procesos de reforma.

La Ley 100 proporcionó el marco legal para la creación de un seguro social en salud descentralizado y de cubrimiento universal, basado en los principios de equidad, solidaridad, eficiencia, calidad y participación comunitaria. Esta ambiciosa propuesta se hizo posible por el hallazgo de petróleo, lo que proporcionó la capacidad financiera para introducir una reforma —con mayúsculas—.¹⁰ Se crearon dos sistemas:

- El *régimen contributivo* para quienes pueden pagarlo, principalmente los que tienen empleo formal, que aportan el 12% de su sueldo para el seguro de salud. Las empresas promotoras de salud (EPS) reciben una cuota per cápita ajustada según la edad, sexo y ubicación geográfica. El Plan Obligatorio de Salud, administrado por las EPS, abarca un paquete completo de intervenciones en salud.
- El *régimen subsidiado*, que cubre al resto de la población, se financia con ingresos del régimen contributivo y subsidios estatales. El pago por capitación y el paquete anexo de servicios ofrecidos se fijó arbitrariamente en 50% del valor del régimen contributivo. Las administradoras del régimen subsidiado (ARS) son responsables del manejo de este esquema.

Se previó que en el 2001 los beneficios en el esquema subsidiado serían iguales a los del plan obligatorio del régimen contributivo.¹¹

Una encuesta nacional (el Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales del Gobierno, Sisbén) evaluó el nivel socioeconómico de la población y la categorizó en seis estratos (con 1 como el más pobre y 6, el más rico). Aquellos que pertenecieran a los estratos 3 al 6 se unirían al régimen contributivo y el régimen subsidiado acogería a los estratos 1 y 2. Esto en teoría; en la práctica, 13,7% de los que no eran pobres estaban en el régimen subsidiado y 10,7% de la población pobre se afilió al régimen contributivo.¹² Las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y los hospitales públicos y centros de salud (empresas sociales del estado, ESE), que anteriormente eran autónomos, fueron contratados por las entidades aseguradoras de la prestación de servicios de salud. Las EPS, ARS e IPS podrían ser públicas o privadas o mixtas y con ánimo de lucro o sin él.

El Estado asumió el papel director de formulación de políticas, monitoreo y evaluación, liberándose casi por completo de ofrecer servicios directamente. Las excepciones fueron las actividades con altas externalidades (principalmente los programas de control de enfermedades) y la prestación de servicios de salud para

los vinculados. La competencia que se manejó entre prestadores de salud públicos y privados, con la opción de que la población escogiera libremente al asegurador, salvaguardaría la calidad y eficiencia de la prestación de salud. En la práctica, el proveedor era escogido por el asegurador, limitando la libertad de la gente para escoger un proveedor para una opción indirecta.

Cubrimiento de la seguridad

Se afirmó que dos logros ilustraban el éxito de la reforma en salud de Colombia:

- Un avance considerable en el cubrimiento de seguridad social luego de la reforma al sector de la salud. La seguridad en salud casi se duplicó entre 1992 y 1997, de 26 a 52% de la población¹³ (figura 1).
- Un crecimiento en el cubrimiento de seguridad en salud que fue más elevado en los pobres: el cubrimiento en el 10% más pobre de la población ascendió del 4 al 41% entre 1992 y 1997, un aumento de diez veces, mientras que el aumento entre el 10% más rico fue del 65 al 80%.^{13*}

Evaluemos estas afirmaciones. Primero, aunque antes de la reforma, el 69% de la población no tenía ninguna clase de seguridad, ello no implica que no recibía tra-

tamiento médico. La reforma implicó dar un giro desde un modelo orientado al suministro (sin la necesidad de afiliación) hacia un modelo orientado a la demanda.¹⁴ Según la Encuesta Nacional de Hogares de 1992, que data de una fecha previa a la reforma, el 81% de la población afirmó tener acceso a servicios de salud.¹⁵

Otro asunto es la equidad del cubrimiento de la seguridad. La mayoría de la población pobre no tenía cubrimiento de la seguridad de salud antes de la reforma, lo cual era principalmente para empleados del sector formal de la economía. El aumento de diez veces en la cobertura, del 4 al 41% para el 10% más pobre de la población, difiere ampliamente del progreso en el 10% de la población más rica (del 65 al 80%), pero el cubrimiento de la seguridad entre los pobres es todavía de apenas la mitad de la de los ricos. Además, solo el 25% de los recién asegurados ingresaron al régimen subsidiado, mientras que el resto se afilió al régimen contributivo.¹³ La mayor parte de la expansión de la afiliación al régimen contributivo se debió a la vinculación de familiares y personas dependientes de aquellos que estaban cubiertos previamente por el régimen de seguridad social —un aumento en el cubrimiento familiar del 18% de las personas al 100%.¹⁶ Este aumento no se vio acompañado por un aumento en ingresos de contri-

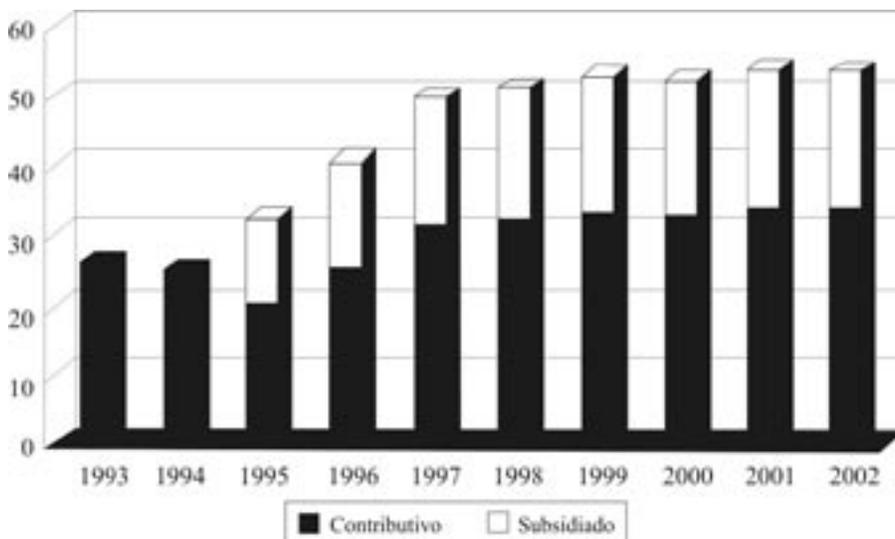


Figura 1. Evolución del cubrimiento de seguridad en salud (1993-2002) según porcentaje

Fuente: G. Rivero, Ministerio de Protección Social de Colombia, Organización Panamericana de la Salud. *Diez años de la reforma a la seguridad social de salud en Colombia (1993–2003)*. Disponible en: www.Isapre.cl/seminarios/SeminarioColombia/Dr_Riveros.ppt

* Gran parte de la información se deriva de dos encuestas nacionales: la Encuesta Nacional de Hogares de 1992, con datos del periodo previo a la reforma, y la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de 1997, realizada tres años después de la implementación de la reforma. Por lo tanto, una gran parte de nuestra discusión compara las situaciones de 1992 y de 1997.

buciones, puesto que estas todavía consistían en el 12% del salario de aquellos empleados formalmente.

De hecho, la curva que representa la evolución del porcentaje de personas afiliadas muestra una tendencia de estancamiento durante varios años (figura 1). Más del 40% de la población sigue sin seguridad de salud (más de 16 millones de personas). Estos vinculados reciben tratamiento en hospitales públicos con un pago de 30% del valor real, como continuación del modelo previo a la reforma, orientado al suministro. La mayoría de estas personas están en los grupos de ingresos más bajos. La figura 2 muestra la distribución de estos vinculados sobre los diferentes grupos de ingresos. Esta distribución arroja dudas en el proceso de equidad, ya que la diferencia en la mejora entre los grupos de ingresos más bajos y más altos es menos impresionante y el aumento del cubrimiento es similar entre los percentiles de ingreso. Por ejemplo, en el percentil de ingreso 1, el porcentaje de personas no aseguradas disminuyó 37% y en el percentil 10 cayó 35%.¹⁵ La proporción más grande de personas no aseguradas —el reto para alcanzar el cubrimiento universal— continúa en los grupos de ingresos más bajos.

El número de personas afiliadas a un esquema de seguridad de salud se ha mantenido alrededor del 55% desde 1998 (figura 1). Veinticinco por ciento de los dos deciles más ricos permanecen por fuera de estos esquemas, porque tienen los medios para optar por seguro privado de salud, evitando así responsabilidad en la solidaridad. Además, dos tercios de los que sí podrían optar a él, no se han afiliado al régimen subsidiado, aunque su afiliación es gratis. Para explicar esto, algunas veces se ha mencionado la ausencia de información disponible para los pobres, el primer grupo al que se dirigen los mecanismos de reforma.¹⁷ Pero diez años después de la implementación de la Ley 100, esto es improbable.

Incluso si el gobierno y las empresas de seguridad en salud no estuvieran informando debidamente a las personas, la información se habría difundido de boca en boca si los servicios de salud estuvieran suministrando atención efectiva y económica. En vez de eso, la incapacidad de interesar a los colombianos más pobres podría tener sus orígenes en el propio proceso de reforma.

Aunque el artículo 153 de la Ley 100 declara que “el Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago”, la creación de dos regímenes diferentes va en contra de este objetivo. La escasa solidaridad entre ricos y pobres, reflejada en los esquemas de pagos, resulta en un paquete de servicios para el régimen subsidiado que generalmente solo representa la mitad de un referente estándar de lo que es posible y necesario en Colombia, es decir, el paquete del régimen contributivo.¹⁸ Por ejemplo, la hospitalización en una planta de medicina interna o el seguimiento a las enfermedades crónicas —que tipifican la transición epidemiológica— están excluidas del paquete subsidiado (por ejemplo, diabetes y enfermedades cardiovasculares diferentes a la hipertensión). La renuncia de quienes están en los percentiles más pobres para afiliarse al régimen subsidiado podría reflejar un rechazo a tal paquete, incluso, si se mira bajo una lógica de costo-efectividad. Se podría mencionar una explicación adicional —de manera superficial (selección de riesgo)— si se dispusiera de datos sobre cobertura de la seguridad entre los pobres por parte de las empresas privadas (no tuvimos ningún acceso a dicha información).

Se argumenta que solo aquellos con cubrimiento total de seguridad podrían contarse al determinar la tasa de afiliación.¹⁸ Los que cuentan con la mitad del paquete

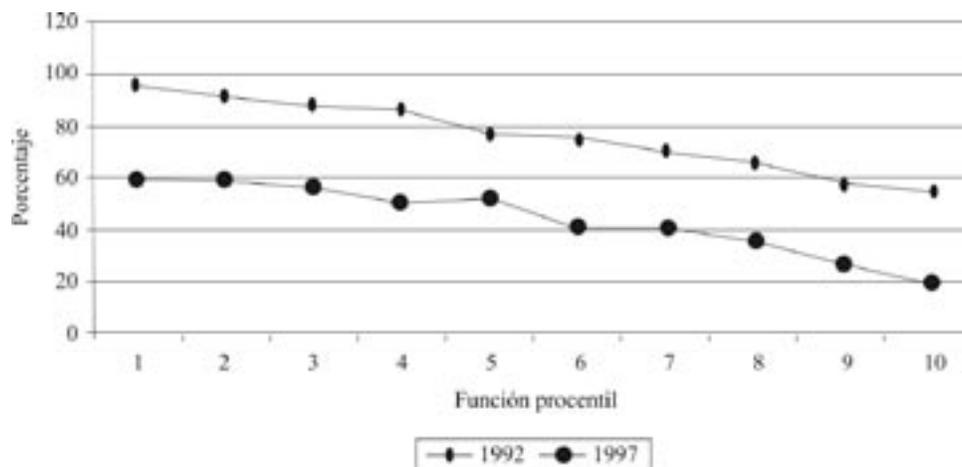


Figura 2. Porcentaje de personas no aseguradas (vinculados) como función del percentil de ingresos, 1992 y 1997

Fuente: Unidad de gestión de país para Colombia, Unidad de Gestión de Sector PREM.¹³ Gráfico de los autores.

te (en el régimen subsidiado) no pueden considerarse realmente como asegurados, ya que solo tienen derecho a servicios hospitalarios esenciales, algunas intervenciones quirúrgicas y al tratamiento de enfermedades catastróficas.¹⁴ Esto es importante, ya que la ley previó un plan de salud igual para todos. En la práctica, el plan de salud del régimen subsidiado nunca ha excedido el 70% del paquete del régimen contributivo.¹⁹

Finalmente, el cubrimiento de la seguridad se sobreestimó debido a afiliaciones múltiples. En una encuesta de marzo del 2000, el 2,3% de la población (500.000 personas) manifestaron que tenían más de un carné de salud. Las personas se afilian a diferentes empresas de seguridad de salud con la idea errónea de obtener mejor atención, si bien todas las empresas ofrecen el mismo paquete legal. La distorsión adicional de los cálculos sobre la seguridad en salud pueden estar relacionados con el hecho de que algunos nombres no se borran inmediatamente de las listas de asegurados cuando los individuos cambian de aseguradora o se quedan sin empleo.¹⁴ Esta frecuente práctica permite a los aseguradores obtener el pago completo por capitación aunque solo proporcionan una fracción de la atención requerida.

El acceso a los servicios de salud y su utilización

¿Qué significa realmente “afiliación en un plan de seguridad de salud”? Básicamente, nada distinto de una persona que aporte un carné de seguridad en salud. De hecho, varios obstáculos les impiden a los portadores de carnés el acceso a servicios de atención en salud:¹⁷

- Algunas empresas aseguradoras han reportado personas o familias, especialmente pobres, como afiliadas a su esquema sin emitir un carné de seguridad en salud, por lo que reciben la cuota sin proporcionar el servicio.
- Con frecuencia los pobres desconocen sus derechos. No saben cómo usar su carné de seguridad en salud y continúan pagando por los servicios que reciben.
- A veces, simplemente no usan los servicios debido a la falta de acceso psicológico, intrainstitucional, financiero (véase más adelante) o geográfico.

Son abundantes las investigaciones sobre afiliación porque los datos son fáciles de obtener, pero la evidencia sobre el acceso real a la atención es escasa y, mucho más, la información sobre el uso efectivo de los servicios de salud.

Una comparación de la Encuesta Nacional de Hogares previa a la reforma de 1992 con los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de 1997 sugiere una mejora en el acceso a la atención en números absolutos. Sin embargo, cuando se convierte al porcentaje de la población cubierta por la seguridad de salud que

reporta recibir tratamiento cuando se encuentra enferma, la comparación revela una reducción del 3%.¹³ Esta tasa inferior de tratamiento se puede atribuir en parte a la mayor demanda que se le ha puesto al sistema.

Otros factores permiten evaluar indirectamente el acceso a la atención:

- Altos porcentajes de muertes sin diagnosticar son típicos de municipios pobres con una alta prevalencia de necesidades básicas insatisfechas. En Colombia, la mortalidad certificada oficialmente es más alta en los municipios más ricos: 50,5% en el estrato 6, según las necesidades básicas insatisfechas, contra 28,6% del estrato 1.¹²
- Tasa anual de visitas al médico: antes de la reforma, 61,7% de las personas que necesitaban atención en salud eran de hecho vistas por un médico. En el 2000, esta proporción había caído al 51,1%.^{13, 20}

Los copagos —destinados a fijar un límite a la demanda relacionada con riesgo moral— puede también limitar el acceso a la atención en salud.²¹ Se admite que en 1992, 51% de los pacientes no consultó a un médico porque no tenía el dinero para hacerlo (Encuesta Nacional de Hogares de 1992), frente a 41% en 1997.¹⁷ Pero ciertamente esta no es una ganancia impresionante, incluso si los datos son confiables a pesar de metodologías diferentes en las dos encuestas. Por otra parte, las tasas nacionales anulan las fluctuaciones geográficas significativas, que van desde 29,1% en Bogotá a 62,2% en la región pobre del Atlántico.²² En la población sin seguridad en salud, las limitaciones económicas siguieron siendo el primer obstáculo para consultar al médico y para las personas aseguradas fue el segundo (la aparente ausencia de gravedad de la enfermedad fue el primero).¹⁶

Control de la enfermedad e indicadores de salud

En las décadas previas a la reforma, Colombia, como la mayoría de los países en desarrollo, sufrió un descenso en la mayoría de indicadores de morbilidad y mortalidad. Esta tendencia cambió de dirección en la segunda mitad de la década de los noventa.

Se sabe que la mortalidad infantil refleja las condiciones sociales y económicas generales, no solo el acceso a la atención en salud.²³ Sin embargo, la mortalidad infantil debida a infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas puede considerarse mortalidad evitable y estas muertes se pueden usar como patologías que permiten evaluar la calidad de la atención,²⁴ incluso en los países menos desarrollados.²⁵ Estas muertes han estado aumentando notoriamente desde 1997.¹² Los trastornos del periodo perinatal, incluyendo la mortalidad perinatal, se conocen también como indicador del acceso a atención de calidad en

salud. La tasa se duplicó de 1996 a 1997 y continúa aumentando.¹²

Se documentó un descenso de la cobertura en vacunación, tanto a escala local²⁶ como nacional.²² Entre 1990 y el 2000, la cobertura nacional en vacunación total de los niños menores de 1 año bajó de 67,5 a 52%²⁰, incluso más en las áreas rurales.²⁷ Este deterioro podría estar relacionado con el énfasis excesivo en programas que se adhieren a una demanda explícita²⁸, dificultades para acceder a servicios de vacunación, excesivos procedimientos y documentaciones requeridos por los aseguradores²⁶ y presupuestos reducidos.²⁹

El control de la malaria y la tuberculosis y el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) son programas verticales en el control de la enfermedad en Colombia. Conforman parte importante de las funciones de salud pública que asume el gobierno. La transmisión de la malaria venía en aumento y la magnitud del alza no se puede explicar solo por un mejor diagnóstico y condiciones ambientales (el niño, 1997-1998). Un descenso de las medidas de protección debidas al proceso de descentralización y la fragmentación de las responsabilidades probablemente contribuyeron al problema.³⁰

De acuerdo con Pérez³¹, los datos de control de la tuberculosis permiten una mirada dentro del funcionamiento del sistema de salud colombiano en su conjunto, ya que la presunción de tuberculosis (y con frecuencia, el diagnóstico) se presenta en el sector privado si bien su tratamiento y seguimiento son responsabilidad de los servicios del Ministerio de Protección Social. El descenso constante y progresivo en la incidencia de tu-

berculosis cambió de tendencia en 1997 y aumentó de forma constante, de 8.042 casos reportados en 1997 a 11.261 en el 2002.³¹ Al mismo tiempo, la ya baja tasa de notificación se deterioró aun más con la introducción del sistema de seguridad en salud, hasta alcanzar su punto más bajo, de 20 a 25% (figura 3). Otros estudios han indicado un marcado descenso en el número de pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento.³⁰

Es difícil esclarecer los numerosos determinantes de la incidencia de la tuberculosis, entre ellos la recesión de cinco años de Colombia y la epidemia de VIH. No obstante, las características organizacionales de algunos programas de control, relacionados con la reforma colombiana, probablemente han jugado un papel significativo:

- La reforma causó fragmentación de las responsabilidades de los diferentes aspectos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes y contratos.³⁰
- Las compañías aseguradoras y los prestadores de salud privados no están preparados para gastar tiempo y recursos en actividades que no se retribuyen financieramente.^{32, 33} Se sabe que la falta de integración del control de la enfermedad y del cuidado de la salud reduce las tasas de detección y cura, a la vez que aumenta las demoras para los pacientes.³⁴

Financiación

Los costos de la salud se han disparado desde la introducción de la competencia administrada en Colombia. Desde un punto de vista teórico, se podría haber predicho

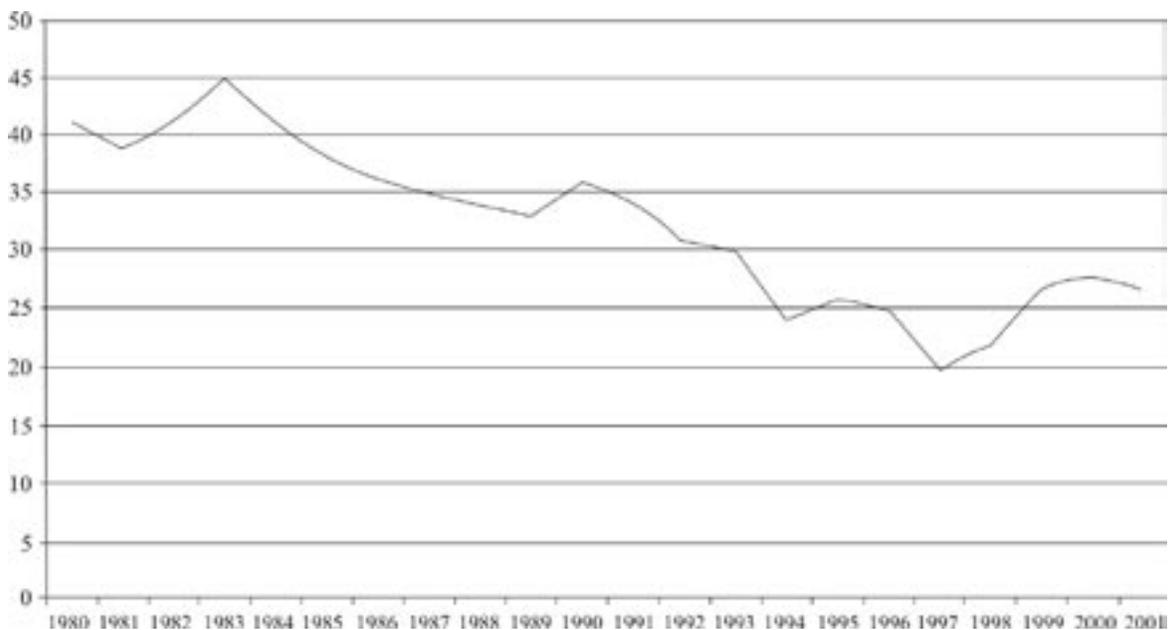


Figura 3. Índice de notificación de tuberculosis como porcentaje (1980-2001)

Fuente: OMS, *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing*. Report 2003, Ginebra, 2003

la tendencia como inherente al sistema.³⁵ Lo mismo también se ha observado en otros países que han introducido sistemas basados en el modelo orientado a la demanda,³⁶ desde los Estados Unidos ³⁷ hasta Líbano ³⁸ y Vietnam.³⁹

Los esfuerzos del gobierno colombiano para incrementar su presupuesto para la atención en salud no impidieron que los gastos privados alcanzaran el 45% del total de los gastos en salud en 1999 (más del 60% fueron pagos por reembolso y el resto, en gran parte contribuciones del empleador). Por esta razón, en la lista sobre la proporción de hogares con gastos en salud de tipo catastrófico, Colombia ocupa el cuarto lugar entre 60 países, después de Vietnam, Brasil y Azerbaiyán.⁴⁰ La escalada de los costos se debe probablemente al método de financiación. El aumento en el costo per cápita en el régimen contributivo (74% entre 1997 y 2002) era comparable con los cambios en el sistema subsidiado (88% en el mismo período). En contraste, el costo per cápita para aquellos que continuaban en el modelo orientado al suministro (los vinculados) se mantuvo bajo control entre 1997 y 2002, incrementándose en 36% (figura 4).

Aunque no había una estricta regulación de contratos entre prestadores y proveedores, sí existía la tendencia a contratar médicos generales y pagarles un salario y reembolsar los servicios de especialistas, hospitales y procedimientos bajo la forma de pago por servicios.⁴¹ Tal práctica indujo un sobreconsumo de servicios de alto costo. La figura 5 muestra que los costos de la prestación de servicios de salud estaban fuera de control en los noventa, debido probablemente al impulso recibido

por dichos servicios de alto costo. Por otra parte, la mayoría de los hospitales cumplían ambas funciones —de primero y segundo nivel—, a pesar de las evidencias que revelaban cómo los costos del manejo de problemas del primer nivel se incrementan según con complejidad de las institución.⁴²

Finalmente, la compleja estructura administrativa ha absorbido una cantidad sustancial de fondos (figura 6). En el 2001, el 52% de pago por capitación se invertía en costos administrativos.¹⁴ En 1995, solo el 10% de los recursos asignados al sistema subsidiado se utilizó adecuadamente, y el resto, desviado hacia gastos burocráticos, congelados en cuentas bancarias o usados en sectores diferentes al sector salud.²⁸ Este hallazgo recuerda la comparación entre Canadá —que basa su sistema de salud en un solo comprador, en que los costos administrativos representan 16,7% de los gastos en salud— y los Estados Unidos, que tiene un sistema de salud con múltiples compradores en el que estos costos compartidos representan 31%.⁴³

Discusión

¿Podrían relacionarse estos decepcionantes resultados con la reforma? La prolongada guerra civil en Colombia se invoca con frecuencia para explicar los magros resultados en la cobertura, el control del costo y el impacto del sistema de seguridad en salud. En el 2001 se registraron 190.500 nuevos desplazados en Colombia, elevando el número total de desplazados internos a 720.000.⁴⁴ Aunque este número ubica a Colombia en

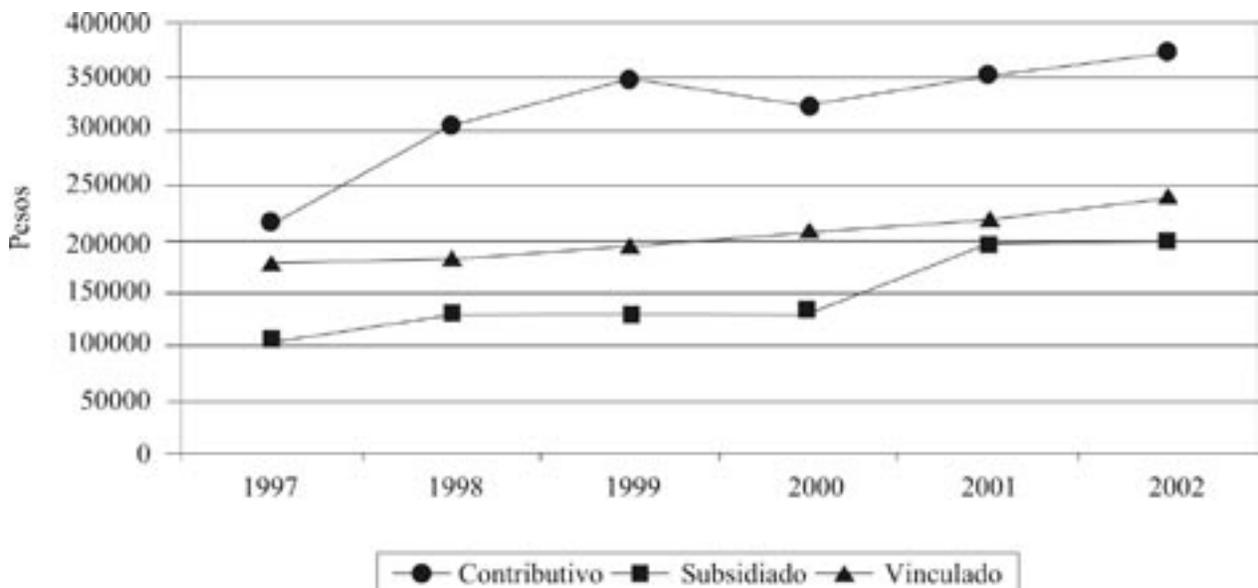


Figura 4. Evolución del costo per cápita para los sistemas subsidiado y contributivo y los no asegurados (*vinculados*), 1997 a 2002

Fuente: Departamento Nacional de Planeación et al.⁸ Gráfico de los autores

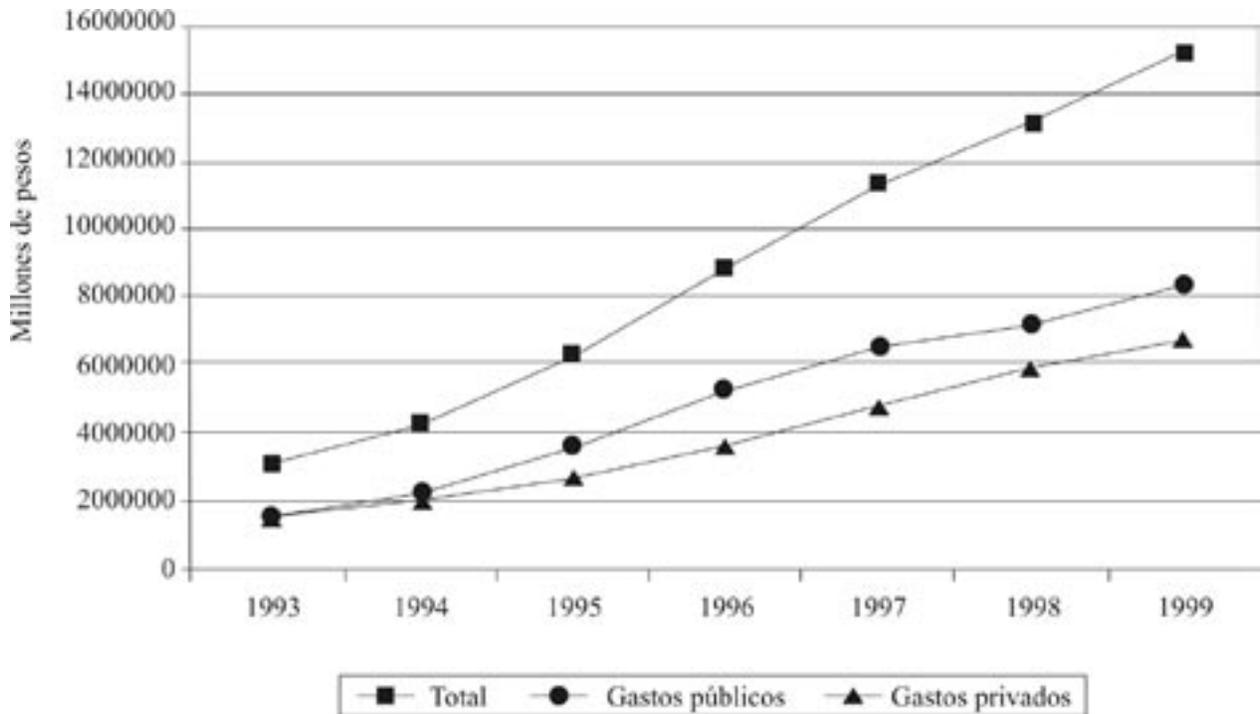


Figura 5. Gastos en salud públicos, privados y total, 1993-1999
 Fuente: Ministerio de Protección Social de Colombia et al.¹⁴ Gráfico de los autores

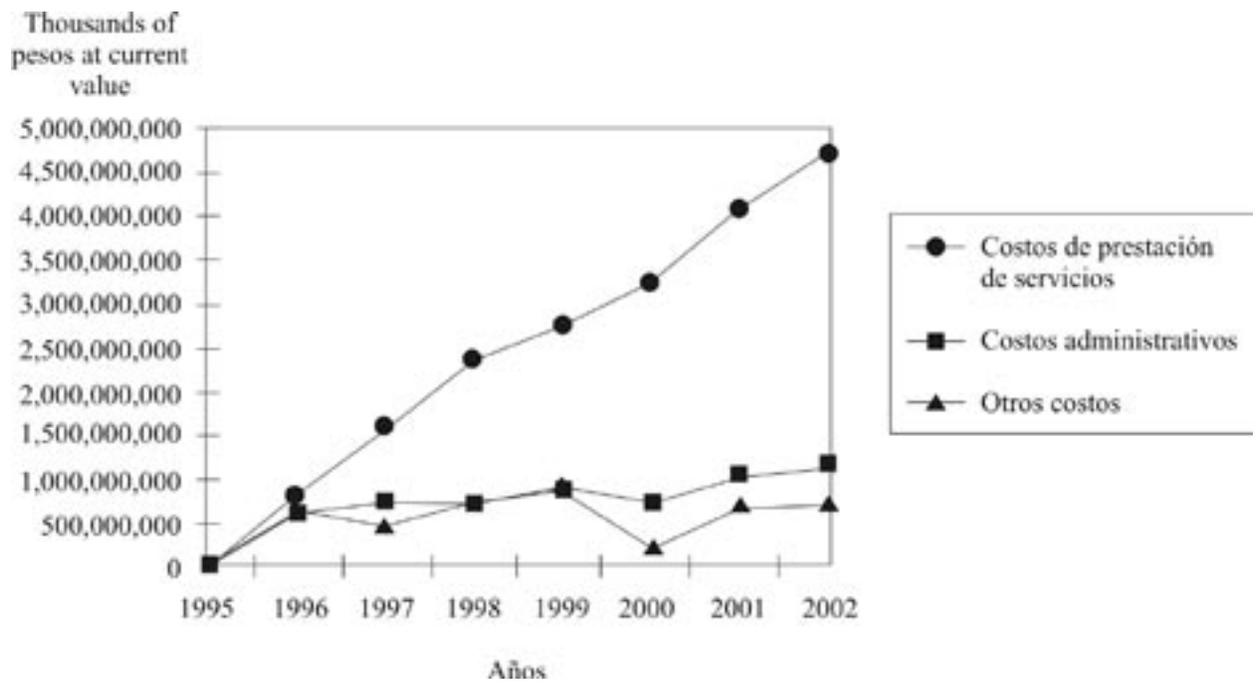


Figura 6. Gastos de empresas promotoras de salud (EPS), 1996-2002
 Fuente: Ministerio de Protección Social de Colombia et al.¹⁴

segundo lugar entre los países con desplazados, representa solo 1,7% del total de la población, muy lejos de la meta de 40% que debe incluirse en el esquema de seguridad en salud para alcanzar cobertura total.

Creemos, más bien, que es la ineficiencia del enfoque de la reforma, por subcontratación, lo que ha socavado la reforma de la atención en salud en Colombia. El gasto total tiene un porcentaje del PIB congelado en el 3% durante el período 1990-1995.⁴⁵ La Ley 100 se introdujo en 1993 a instancias de organismos internacionales de desarrollo.⁴⁶ Este proceso atrajo amplio apoyo de sectores de significativa influencia en la toma de decisiones de tipo estatal, tales como administradores de la salud del adulto mayor, compañías farmacéuticas, la industria médica y las compañías internacionales de seguros en salud.⁴⁷ El gobierno colombiano trató de acomodarse a sus deseos.⁴⁸

Esta conjunción de intereses explica por qué el gasto de atención en salud casi se dobló en el año 1997 hasta 5,5%,² mientras que el cubrimiento de atención en salud se mantuvo por debajo del 55% y el índice real en las tasas tratamiento decreció. El Banco Mundial alega que los países con programas de ajuste estructural gastan más en salud a través de suministro público.⁴⁹ Hipotéticamente, en Colombia como en otros países, la mayor parte de esta “inflación médica” se ha canalizado hacia el sector privado, sin que hasta ahora se haya calculado su monto.

El gobierno colombiano ha demostrado su incapacidad para regular y controlar el sector privado. ¿Es esta una característica particular o más bien general de los países con ingresos medios y bajos? Examinemos si las autoridades públicas de dichos países poseen la capacidad económica, técnica y política para hacerle frente a este reto.

Primero, los gobiernos europeos mantienen las riendas de sus finanzas, mientras que los gobiernos de los países en desarrollo no. Aunque la información disponible no es siempre confiable, el presupuesto público como parte del gasto total en atención en salud es obviamente mucho mayor en Europa occidental que en países en desarrollo. El gasto público, como porcentaje del gasto total en salud, llega a 77,5% en Alemania, 76,9% en Francia, 96,9% en el Reino Unido y 83,2% en Bélgica.² En contraste, el gasto público en atención en salud representa 54,5% en Colombia, 48,7% en Brasil, 24,9% en China, 13% en India, 36,8% en Indonesia y 28,2% en Nigeria. Esta escasez de fondos también explica por qué tan pocos países en desarrollo han podido aplicar la reforma por demanda recomendada por el Banco Mundial.

En segundo lugar, como reconocen Figueras y Saltman,⁵⁰ el éxito de estrategias de reforma en Europa requirieron de “la disponibilidad de habilidades en salud

pública para identificar las necesidades en salud, evaluar intervenciones y monitorear resultados”. Las habilidades administrativas requeridas para subcontratar y regular las contrataciones parecen superar las capacidades de muchos países en desarrollo, incluidos países de ingresos medios. Uno de los pocos estudios publicados sobre subcontratación en el sector privado destaca las dificultades encontradas en Suráfrica, país con un sistema de administración pública maduro.⁵¹ El autor concluye que “es más probable que estos problemas ocurran en mayor medida en países con sistemas de administración menos desarrollados”, conclusión compartida con los autores de un estudio de caso en Zimbabue.⁵²

Los esfuerzos de las autoridades públicas en los países menos desarrollados para establecer estándares entre los proveedores privados han quedado inconclusos^{53, 54} o han fracasado.⁵⁵ En Europa, como observan Figueras y Saltman,⁵⁰ en contraste con las reformas por suministro:

Las evidencias existentes, tomadas en conjunto, parecen indicar que las reformas han sido decididamente más tensas en sentido financiero, político, social e, incluso, clínico, cuando se realizan por demanda, especialmente cuando se aplican incentivos típicos del mercado a la demanda basada en el paciente individual. Las decisiones que se refieren a la selección del asegurador, el incremento de los costos en el punto de atención o la eliminación de servicios del paquete con financiación pública han generado problemas, tanto de equidad como organizacionales.

Estos problemas son aún más agudos en países en desarrollo, donde el poder adquisitivo es mucho más bajo.

La investigación sugiere que la subcontratación es una alternativa aceptable a la de los recursos públicos si se cumplen las siguientes condiciones: a) que exista competencia real entre proveedores privados, sólidos y competentes, b) que haya adecuada capacidad gubernamental para evaluar las necesidades y negociar y monitorear los términos de contratación y c) que exista un ambiente político y legal que haga respetar las regulaciones y permita resistir el clientelismo y la corrupción.⁵⁶ En países industrializados es claro que “el éxito... del mercado administrado dependerá en última instancia de la mejora en la organización subyacente, la estructura y el funcionamiento del sector público”.⁵⁷ Con base en estos criterios, los únicos escenarios en países en desarrollo en donde el monitoreo podría ser efectivo son los centros urbanos en unos pocos países de ingresos medios, con elaboradas estructuras políticas y administrativas y competencia real entre proveedores. Aparentemente Colombia no es un miembro de este club.

En tercer lugar, el relativo éxito de la subcontratación en Francia, Alemania y Bélgica surgió en un contexto socioeconómico y político particular. Los costos

médicos, como porcentaje del PIB, son más bajos en Europa que en los Estados Unidos, debido a costos por suministro. Aunque los “más pobres” aún tienen problemas de acceso a servicios de salud, representan solo una minoría en Europa occidental. La única razón por la que estos países pudieron asegurar el acceso a servicios de salud (privados) para la mayoría es que los sectores de bajos ingresos han logrado mantener la defensa de sus intereses dentro del sistema político. En Europa occidental, los partidos de los trabajadores y las asociaciones de ayuda mutua han sido incluidos en la planeación y administración de políticas de salud gubernamentales desde 1945 y han actuado como contrapeso a los intereses creados.⁵⁸ En Europa, las políticas de seguridad social y salud fueron en gran medida, definidas *por* “los pobres” y sus representantes, mientras que en los Estados Unidos y Colombia las políticas *para* “los pobres” —a la par de los favorecidos en países en desarrollo por los organismos de la ONU— fracasaron en el mejoramiento de estándares y la reducción de costos médicos. El gasto en salud en los Estados Unidos, en proporción con el PIB, es actualmente, con marcada diferencia, el más alto de todos los países industrializados.

A diferencia de Europa, los pobres casi nunca están representados en los ámbitos gubernamentales de los países en desarrollo, por lo que casi nunca participan en la formulación de políticas sobre cuidados en salud o en la aprobación de presupuestos. La reforma colombiana agravó esta situación al socavar los intentos de la población para que desarrollara servicios comunitarios de salud.⁴⁸ Esta es una característica muy común en los gobiernos de países en desarrollo, donde las élites gobernantes usan su poder de monopolio para debilitar la solidaridad entre ricos y pobres e incrementar así la desigualdad en los ingresos.⁵⁹

En conclusión, la forma como se han disparado los costos, en relación con la reforma colombiana, siembra dudas sobre la eficiencia del nuevo sistema de seguridad social, más aún cuando el incremento en el gasto no está ligado a un incremento en el acceso real a servicios de salud o al mejoramiento del control de enfermedades. El impresionante crecimiento en los fondos públicos y privados no es prueba de una buena relación calidad-precio. El caso colombiano permite cuestionar severamente las afirmaciones de que las políticas neoliberales de ayuda internacional se basan en la evidencia.

Referencias

1. Human Development Network. Health, Nutrition and Population. Washington, D. C.: Sector Strategy Paper. World Bank; 1997.
2. WHO. The World Health Report 2000—Health systems: improving performance. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.
3. COM. Communication from the Commission to the Council and the European Parliament: Health and Poverty Reduction in Developing Countries, p. 129. Brussels: Commission of the European Communities; 2002.
4. Human Development Network. Health, Nutrition and Population. Washington, D. C.: World Bank; 1993.
5. WHO. The World Health Report 1999: Making a Difference. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1999.
6. Preker AS, Harding A, Girishankar N. The Economics of private participation in health care: new insights from institutional economics. Washington, D. C.: World Bank; 1999.
7. Sen K, Koivusalo M. Health care reforms and developing countries—a critical overview. *Int J Health Plann. Manage* 1998;13(3):199–215.
8. Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Proyecto: Cuentas nacionales en salud de Colombia. Síntesis general: aspectos conceptuales, metodológicos y principales resultados del periodo 1993-1999. Bogotá D. C.: El Departamento; 2001.
9. Yepes F, Sánchez L. La reforma del sector de salud en Colombia: ¿un modelo de competencia regulada? *Rev Panam Salud Pública*. 2000; 8(1/2): 34–41.
10. Berman P, Bossert T. A decade of health sector reform in developing countries: what have we learned? DDM Report No. 81. Washington, D. C.: Harvard School of Public Health; 2000. www.hsph.harvard.edu/ihsg/ihsg.
11. Colombia. Congreso. Sistema de seguridad social integral. Diario Oficial No. 41.148, de 23 de diciembre de 1993
12. Pan American Health Organization. Program on Organization and Management of Health Systems and Services. Division of Health Systems and Services Development. Profile of the Health Services System of Colombia; 2002. Disponible en: www.lachsr.org/documents/healthsystemprofileofcolombia
13. Colombia Country Management Unit, PREM Sector Management Unit. Latin America and the Caribbean Region. Colombia Poverty Report. Washington, D. C.: World Bank; 2002.
14. Colombia. Ministerio de Salud. Dirección general de Aseguramiento, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Evaluación integral del equilibrio financiero del sistema general de seguridad social en salud. Bogotá: Dirección General de Aseguramiento del Ministerio de Salud de Colombia, OMS y OPS; 2001.
15. Jaramillo J. Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la seguridad social en Colombia. *Gac sanit*. 2002; 16(1): 48–53.
16. Céspedes J, Jaramillo I, Martínez R, Olaya S. Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en

- Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. *Rev Salud Pública*. 2000; 2(2): 145-64
17. Plaza B, Barona A, Hearst N. Managed competition for the poor or poorly managed competition? Lessons from the Colombian health reform experience. *Health Policy Plan*. 2001; 16 Suppl 2: 44-51.
 18. Félix M, Robayo G, Valencia O. Hygeia no es Panacea: condiciones para dialogar sobre cobertura de la seguridad social en salud. *Rev Salud Pública*. 2002; 4(2): 103-19.
 19. Hernández, M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(4): 991-1001.
 20. Yepes A. The violation of social rights within market rationale. En: *Social Watch. Annual Report 2003*. Montevideo: Social Watch; 2003.
 21. Manning WG, Newhouse JP, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A, Marquis MS. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *Am Econ Rev*. 1987; 77(3): 251-77.
 22. Profamilia. Encuesta nacional de demografía y salud (ENDS)—Salud sexual y reproductiva en Colombia 2000. Bogotá: Profamilia; 2000.
 23. Van Lerberghe W, De Brouwere V. Assessment of appropriate child care at district level: how useful are mortality rates? *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1989 ; 83(1): 23-6
 24. Rutstein D, Barenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *N Engl J Med*. 1976; 294(11): 582-8.
 25. Westerling, R. Commentary: evaluating avoidable mortality in developing countries—An important issue for public health. *Int J Epidemiol*. 2001; 30(5): 973-75.
 26. Ayala C, Kroeger A. La reforma del sector salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(6): 1771-81.
 27. Málaga H, Cárdenas J, Montiel H, Sampson C, De Taborda M. Equidad y reforma en salud en Colombia: X Jornadas Colombianas de Epidemiología. *Bol. APS*. 2001; 6(10): 80-98.
 28. Jaramillo I. El futuro de la salud en Colombia: la puesta en marcha de la ley 100. Bogotá: Tercer Mundo; 1997.
 29. Málaga H, Cárdenas J, Montiel H, Sampson C, De Taborda M. Equidad y reforma en salud en Colombia: X Jornadas Colombianas de Epidemiología. *Bol APS* 2001; 6(10): 80-98.
 30. Kroeger, A., Ordóñez-González, J., and Avina, A. I. Malaria control reinvented: health sector reform and strategy development in Colombia. *Trop Med Int Health*. 2002; 7(5): 450-8.
 31. Rueda G. La tuberculosis en Colombia: a propósito del Día Mundial de la Tuberculosis 24 de marzo 1882-2003 (editorial). *Repert med Cir*. 2003; 12 (2). Disponible en: www.medilegis.com/Banco-Conocimiento/R/RepertorioV12-No2-Editorial/Editorial.htm.
 32. Uplekar M, Pathania V, Raviglione M. Private practitioners and public health: Weak links in tuberculosis control. *Lancet*. 2001; 358(9285): 912-16.
 33. Lonnoth K, Thuong LM, Linh PD, Diwan VK. Delay and discontinuity—a survey of TB patients' search of a diagnosis in a diversified health care system. *Int J Tuberc Lung Dis*. 1999; 3(11): 992-1000.
 34. Unger, J. P., De Paepe, P., and Green, A. A code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries. *Int J Health Plann Manage*. 2003; 18: S27-S39.
 35. Broomberg J. Managing the health care market in developing countries: prospects and problems. *Health Policy Plan*. 1994; 9(3): 237-51.
 36. Labelle R, Stoddart G, Rice T. A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand. *J. health econ*. 1994; 13(3): 347-68.
 37. Tabbush V, Swanson G. Changing paradigms in medical payment. *Arch Intern Med*. 1996; 156(4): 357-60.
 38. Van Lerberghe W, Ammar W, Rashidi R, Sales A, Mechbal A. Reform follows failure: I. Unregulated private care in Lebanon. *Health Policy Plan*. 1997; 12(4): 296-311.
 39. Bloom, G. Primary health care meets the market in China and Vietnam. *Health policy*. 1998;44(3): 233-52.
 40. Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini, Klavus J, Murray C. Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis. *Lancet*. 2003; 362(9378): 111-7.
 41. Gutiérrez C, Molina C, Wüllner A. Las formas de contratación entre prestadores y administradores de salud: sus perspectivas en el nuevo marco de la seguridad social. Bogotá: Guadalupe; 1996.
 42. Van Lerberghe W, Lafort Y. The Role of the Hospital in the District. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1990. SHS Paper No. 2. WHO/SHS/CC/90.2.
 43. Woolhandler S, Campbell T, Himmelstein DU. Health care administration in the United States and Canada: Micromanagement, macro costs. *Int J Health Serv*. 2004; 34(1): 65-78
 44. Refugees by Numbers 2002 Edition, United Nations High Commissioner for Refugees, July 2002. Quoted by Refugee Council, "UK 'not burdened by refugees'", BBC News, 27 December 2002.
 45. World Bank. World Development Report 1998/1999: Knowledge for Development. Washington, D. C.: Oxford University Press; 1999.

46. Bossert T, Hsiao W, Barrera M, Alarcon L, Leo M, Casares C. Transformation of ministries of health in the era of health reform: the case of Colombia. *Health policy plan*. 1998; 13(1): 59–77.
47. Stocker K, Waitzkin H, Iriart C. The exportation of managed care to Latin America. *N Engl J Med*. 1999; 340(14): 1131–6.
48. Restrepo, H. E., and Valencia, H. Implementation of a new health system in Colombia: is this favourable for health determinants? *J Epidemiol Community Health*. 2002; 56(10): 742–43.
49. Van Ger Gaag J, Barham T. Health and health expenditures in adjusting and non-adjusting countries. *Soc Sci Med* 1998; 46(8): 995–1009.
50. Figueras J, Saltzman RB. Building upon comparative experience in health system reform. *Eur J Public Health*. 1998; 8: 99–101.
51. Mills, A. Improving the efficiency of public sector health services in developing countries: bureaucratic versus market approaches. En: Colclough C. editor. *Marketizing education and health in developing countries: miracle or mirage?* Oxford: Clarendon Press; 1997.
52. McPake B, Hongoro C. Contracting out of clinical services in Zimbabwe. *Soc Sci Med* 1995; 41(1): 13–24.
53. Brugha R, Zwi A. Improving the quality of private sector delivery of public health services: challenges and strategies. *Health Policy Plan*. 1998; 13(2): 107–20.
54. Paredes P et al. Factors influencing physicians' prescribing behaviour in the treatment of childhood diarrhoea: Knowledge may not be the clue. *Soc Sci Med*. 1996; 42(8): 1141–53.
55. Kumaranayake. L. The role of regulation: influencing private sector activity within health sector reform. 1998; 9(4): 641–49.
56. Mills A. To contract or not to contract? Issues for low and middle income countries. *Health Policy Plan*. 1998; 13(1): 32–40.
57. Broomberg J. *Health Care Markets for Export? Lessons for developing countries from European and American experience*. LSHTM, Londres, 1994.
58. Criel B, Van Dormael M. Mutual health organizations in Africa and social health insurance systems: Will European history repeat itself? (editorial). *Trop Med Int Health*. 1999; 4(3): 155–9.
59. Haubert M. Frelin C. Leimdorfer F. *États et société dans le tiers-monde: de la modernisation à la démocratisation?* Paris: Publications de la Sorbonne; 1992.