

Seguridad Social y Salud en Colombia Estado de la Reforma.¹

Alvaro Franco G.

Médico. M. Sc. Salud Pública, Especialista en Administración de Hospitales. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Tel. 5106845. E-mail: afranco@guajiros.udea.edu.co

RESUMEN

Asumimos una concepción integral de la seguridad social enmarcada en el contexto socioeconómico de la globalización y sus implicaciones políticas. Hace especial referencia a los procesos de reforma de la seguridad social en el ámbito mundial, señalando diferencias para los más atrasados y particularidades en lo atinente a salud; se centra en el análisis de la reforma sectorial colombiana. Parte de considerar algunos supuestos y equívocos que guiaron los procesos en nuestras naciones, explicados más por la crisis económica de la seguridad social que por la racionalidad de los procesos sociales. Para el análisis considera varias evaluaciones y propuestas que se han efectuado en los 5 años de implementación de la ley 100 de 1993. Se concluye hacia la integración del modelo, basado en los principios filosóficos y en la Constitución Nacional, con énfasis en aquellos que propenden por el bienestar ciudadano, la descentralización, la recuperación de la salud pública y la legitimación de la reforma frente a la población, así como en la simplificación normativa del sistema de seguridad social en salud.

Palabras claves: seguridad social, salud, Colombia, reforma, globalización.

ABSTRACT

Social security and health in Colombia. Current status of the reform.

In this paper, an integral conception of social security within the socio-economic context of globalization and its political implications for developing societies is assumed. Although centered in the Colombian health sector reform, special reference is made to processes of social security reform

¹ Ponencia presentada en el Congreso Internacional "Salud para todos, desarrollo de políticas de salud para el siglo XXI", Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Diciembre 9 de 1999.

around the world, pointing out differences with the less advanced and particularities in aspects concerning health.

This conception starts from considering certain assumptions and misconceptions, which guided the processes in our nations, both of which can be better explained by the economic crisis of social security than by the rationality of social processes. Several evaluations and proposals, which have taken place in the five years following the implementation of the 1993 Law No. 100, are considered for the analysis. In conclusion, integration of the model based upon philosophical principles and the national Constitution with emphasis on those principles aimed at stimulating citizen welfare, decentralization, recovery of public health, legitimating of the reform before the people and regulatory simplification of the social security system is deemed necessary.

Key Words: Social security, health, Colombia, reform, globalization.

Varios debates se han realizado alrededor del tema de la Seguridad Social en Colombia y más específicamente sobre la Ley 100 de 1993, con diferentes visiones y posiciones acerca del real estado de la reforma colombiana. La mayoría de las veces las presentaciones, aún las del medio académico, terminan en la polarización de unos defendiendo el sistema y otros como detractores del mismo, aunque ya son menos quienes se consideran protectores de una reforma que cada vez encuentra más dificultades.

No cabría, por lo tanto, volver a hacer evaluaciones apasionadas o en defensa de cualquiera de los actores; el hecho de jugarse en cada caso fuertes intereses de algunos de los grupos del sistema, muy diversos y en contradicción con los otros, ha impedido la síntesis. No desde el medio académico, aunque es deseable la confrontación y el logro de acuerdos y negociaciones, base de la toma de decisiones dentro del sistema, lo cual sería de muy buena valoración por todos nosotros si así se diera, favoreciendo el bien colectivo.

Este ensayo parte de una concepción más global e integral de la salud pública y la seguridad social, manteniendo de todas maneras como eje del análisis el tema de la reforma sectorial, recurrente siempre que intentamos abordajes conceptuales o metodológicos en salud pública, aunque opino que no debería ser así; por lo menos, eso acontece durante toda esta década de los años noventa y hará su tran

sición hacia los primeros años de la próxima. Indudablemente, el tema obedece a la política internacional, a los mismos hilos conductores de la globalización y por lo tanto es imprescindible referirse a ello y no quedar por fuera del contexto pragmático de los servicios de salud.

Si empezamos con el análisis de los determinantes de la política global y posteriormente identificamos algunas falacias y equívocos que han sido contruidos como soporte, podemos centrarnos luego en el caso colombiano y llegar a algunas conclusiones sobre lo que viene sucediendo a partir de 1993.

Nos apoyaremos en algunos conceptos aceptados históricamente, que nos pueden brindar un entorno para el análisis y la formulación de la política de salud. Sobre la parte concreta de la reforma colombiana, además de las evaluaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social y del Ministerio de Salud, se vienen publicando varios estudios y evaluaciones alrededor de los 5 años de su implementación(1-5), a los cuales haremos referencia en cada caso; ellos suplen en alguna medida las limitaciones de información en el Sistema de Seguridad Social en Salud.

DETERMINANTES DE LA REFORMA SECTORIAL

El Entorno de la Salud Pública y la Seguridad Social

La última década se ha caracterizado por enormes cambios en el orden económico mundial y en las relaciones entre países. Tenemos que dar cuenta de indudables efectos de las megatendencias sobre las naciones, sobre los Estados y, en particular, sobre la salud pública y las organizaciones de salud. La gestión en salud se ha visto así condicionada de mil maneras, pero destacamos solo algunos de los hechos más importantes (6):

- La globalización de la economía, los cambios en el nuevo orden económico internacional y la aparición de nuevos bloques económicos entre los cuales sobresale la Comunidad Económica Europea; los cambios políticos e ideológicos, acaecidos desde la caída

del Muro de Berlín y los efectos de la “Perestroica” en la antigua Unión Soviética; la crisis económica a pesar de los tratados de libre comercio, la agudización del desempleo, el trabajo a destajo y la reconversión; los cambios en el mercado y en la relación oferta-demanda; las contradicciones entre la globalización, la individualización y la consiguiente pérdida de interés por lo colectivo; nuevos desarrollos tecnológicos y del conocimiento en el campo de la gerencia y las estrategias de desarrollo empresarial; nuevos modelos de redes alimentadas por la introducción de la cibernética, la transmisión electrónica y el acopio de información gracias al gran desarrollo de las nuevas tecnologías de la informática y las telecomunicaciones.

- Deterioro social y decaimiento humano a pesar de las expresiones en favor del “capital humano” pero sin una específica responsabilidad por el bienestar y el mejoramiento de las personas. Los cambios han llevado a pensar lo social más en función de los costos y la racionalidad económica, en transformar las empresas, en involucrarse en la carrera loca por la competencia a riesgo de su propia supervivencia y de la vida de las instituciones. Pero la guerra no sólo es del mercado, también opera militarmente; al superarse la guerra entre occidente y el polo oriental, se desplaza el armamentismo hacia la pugna entre microrregiones.
- Nuevo orden económico internacional, con una doble tendencia: "el compromiso entre la microsegmentación y la globalización de los mercados"(6); la situación de los mercados locales microsegmentados dentro de la mundialización de la economía y el fuerte efecto de las ventajas competitivas sobre los mismos.
- Desequilibrio entre oferta y demanda por pérdida de la capacidad adquisitiva de la población y la disminución del consumo por efecto del desempleo; en los servicios públicos se ha impuesto la teoría del cliente y la gerencia del mismo con serias implicaciones en las relaciones establecidas sobre todo en salud, con aparente pérdida del rol político subyacente y la deshumanización del servicio; no se traduce efectivamente en soluciones a los problemas sociales de la salud.

Como lo describe descarnadamente el autor de la referencia, es interesante ver el mundo repartido en grandes bloques: "el mundo de

la materia prima", en el Cono Sur; "el mundo de la fabricación" y el empleo, en Asia; "el mundo del consumo y la comercialización" en Norte América y Europa; preguntamos, ¿y el resto que? Como puede sospecharse, ninguna de las opciones, ni empleo, ni riqueza, ni trabajo, ni posibilidades de acceder al consumo. ¡Una aterradora conclusión!, desde esta óptica: los demás países son el subproducto del mundo globalizado.

La Crisis de la Seguridad Social

Así es que el tema en que nos deja inmersos en la globalidad no es propiamente la seguridad social sino la crisis de ella, ante todo por los problemas del financiamiento con una dimensión universal y siempre en estrecha relación con la macroeconomía; por eso indicadores tan de moda como las tasas de interés, la política de vivienda, la inflación, la devaluación, etc., tienen nexos inevitables con aquella. Pero si algo debemos destacar como determinante de la seguridad social es el empleo; éste es el núcleo de la misma, como lo señalara uno de los magistrados de la Corte Suprema de Justicia: "el empleo es la savia de la seguridad social" (7).

Tan grave ha sido la crisis de fin de siglo que hasta los principios y valores han cambiado por fuerza de las circunstancias, en razón de las explicaciones de la recesión económica ante todo. Como ejemplo, tenemos la tendencia a dudar de la importancia de la seguridad social; hoy se aduce pérdida de relevancia y hasta se sugiere su abolición, como bien lo anuncian algunos autores (8). Hoy se asocia el desprestigio de la seguridad social con las críticas al Estado de Bienestar, fundamentalmente se hace por las defensores del mercado, proclives a la "individualización" y amparados en la libertad que supuestamente les garantiza; lo que antes debía resolverse por la vía de la solidaridad intergeneracional, hoy podría quedar como tantos otros servicios sociales sujeto a la dinámica del mercado. Es decir, predomina la preocupación por los resultados económicos frente a los réditos sociales derivados de una política dada.

Peor aún es encontrar cierta nubosidad ética en los planteamientos sobre la intrascendencia de la seguridad social, desconociendo las res-

ponsabilidades de unas generaciones frente a otras o de unos sectores sociales hacia otros. Me refiero al debate suscitado en Europa, Estados Unidos y los países de capitalismo avanzado, que cuestiona seriamente la asistencia pública y la seguridad social.

Una de las estrategias beneficiada con semejante andanada ideológica es la privatización; el ejemplo de la privatización chilena sigue siendo paradigma de lo bueno y lo malo para unos y otros, quienes defienden la práctica social o quienes abogan por su recorte. En Colombia, este debate en lo que respecta a salud, ha alcanzado más de 5 años desde que se promulgó la ley 100 de 1993, pero en lo referente a los regímenes pensionales de la seguridad social apenas toma forma con las recientes exigencias del Fondo Monetario Internacional antes de otorgar préstamos de alto valor al país. El Banco Mundial, por su parte, sigue impulsando la privatización y la gestión comercial de la seguridad social en todos los países (9).

Midgley (8), refiriéndose al tema anota que "tanto en Gran Bretaña como en los Estados Unidos se aboga más frecuentemente por la idea de privatizar la seguridad social", pero sabemos que el "mandato" del Banco es para todos. La principal crítica que se les hace a los sistemas de seguridad social es su inviabilidad en el mediano plazo, esencialmente en lo relacionado con los regímenes de reparto simple, tradicionales en el sistema público.

La privatización apunta a la comercialización en las formas y mecanismos de seguridad social; sus elementos son: "abolición de los programas de jubilación, sobrevivientes e invalidez (...) (del) seguro social y su sustitución por otros sujetos a gestión comercial" (8), con un ardid muy atractivo para los gobiernos, cual es el crecimiento e impulso económico, al evitarse el gasto en la protección social. Contrariamente a los argumentos esgrimidos, es necesario reconocer la posición opuesta que defiende el papel del Estado, para regular y garantizar un sistema con transferencias intergeneracionales; para estos últimos, en términos de solidaridad, el Estado es garante de unos derechos sociales y no sólo regulador de un mercado.

Los argumentos de inequidad, endilgados a los fondos con base pública, en esta réplica contra la seguridad social, son contrarios a la realidad de los efectos solidarios intergeneracionales, aunque debe reconocerse que históricamente se pudieron equivocar al dar privilegios a los trabajadores sobre la base de una imposición general, con beneficios sólo para la clase obrera.

Más que el debate entre lo privado y lo público de la seguridad social, o entre el Estado y la comercialización, nuevos temas tomarán más fuerza: la seguridad social para los desempleados, para una mano de obra móvil, para los más longevos por el aumento de la expectativa de vida; ¿que hacer con la gran masa de pobres que sigue aumentando? ¿cómo resolver el desarrollo humano frente a la ideología del crecimiento económico? Estas son preocupaciones generales a la seguridad social pero atraviesan también, en lo específico, la “reforma sectorial”, objeto de análisis en este artículo.

Las Motivaciones Colombianas

Para los fines de este ensayo es importante sintetizar en este apartado algunas de las tendencias que afectan al país y lo seguirán haciendo, de acuerdo con el contexto anterior: nos vemos afectados por los grandes problemas, consecuencia de la mundialización y del reacomodo de los mercados intercontinentales, tales como el incremento del desempleo, la flexibilización laboral, los recortes a la seguridad social y, específicamente en Colombia, las dificultades de la guerra. El país, en razón de su conciliación con las determinaciones invisibles pero muy reales de la política internacional, viene cediendo a las recomendaciones relacionadas con la gestión de la políticas social.

En el campo sectorial, las motivaciones aparecen más atenuadas que lo mostrado por las tendencias antes descritas. De acuerdo con estudios previos sobre la reforma colombiana (10), las principales razones que llevaron a replantear el sistema de salud anterior fueron: consideraciones de equidad y solidaridad, reorientación del gasto en salud y aumento de la financiación, privatización de los servicios y búsqueda de la eficiencia, instaurar una modalidad de competencia regulada en el sistema colombiano, diferenciar completamente las

funciones de aseguramiento y las de prestación de servicios, separación de las funciones de la atención médica de las de la salud pública (entendida esta únicamente como el componente que atribuye responsabilidades sobre acciones y riesgos con externalidades), pasar de una racionalidad paternalista basada en el subsidio a la oferta hacia otra en concordancia con el aseguramiento, basada en el subsidio a la demanda

Jaramillo (2), por su parte, plantea además otros propósitos como la especialización de las instituciones públicas, fomentar la libre elección, la cobertura universal, crear el régimen subsidiado, garantizar la prevención y la promoción, crear mecanismos de control de costos, reformar los hospitales, descentralización de la salud pública, entre otros. Según este autor, “la ley 100 no tenía como propósito tratar la salud pública y menos fortalecerla, pues su objetivo central eran los servicios personales de salud o servicios de salud privada”; esto es importante por lo que se verá más adelante en el análisis y en las alternativas, era obvio que no se lograrían efectos positivos sobre la salud pública y sí, su deterioro dado que el anterior andamiaje institucional de orden sanitarista fue reemplazado por el modelo de mercado bajo otra institucionalidad; cabría suponer que la salud pública quedaba huérfana.

Otro tema de fuerte debate antes de la reforma eran las bajas coberturas en salud; quizá el argumento central para reformar era éste; por tanto interesa recordar las cifras previas de cobertura: ésta en general se aproximaba al 70 % de la población (35 % oficial, 20 % seguridad social, 15 % privado, aproximadamente según datos manejados en el antiguo sistema) y 30 % desprotegidos. En reciente estudio sobre la reforma, la FNSP (1) señala cifras parecidas: 25 % no cubiertos, 40 % oficial, 18 % seguridad social y 17 % privado.

ANÁLISIS SOBRE EL DESEMPEÑO DEL SISTEMA

Este aspecto tan importante sigue siendo objeto de grandes controversias en el país aunque no tan antagónicas como en un principio y además con cierto desencanto por parte de todos los actores, aún por los más recalcitrantes defensores.

Las cifras sobre cobertura, son las de mayor inconsistencia en los diversos análisis y en los estudios que recientemente se publican. Parece ser que el tema es el de mayor importancia y cada uno de acuerdo con sus intereses establece puntos de análisis que favorezca el resultado esperado o deseado. Se presentan algunas cifras de distintos estudios ya citados: El último informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, dirigido en julio de 1998 al Congreso de la República, indica 20,5 % de afiliación al régimen subsidiado (sobre una base poblacional del 41 593 011 personas) y 40,2 % afiliados al régimen contributivo para un total de 60,7 %. Señala que la población NBI es del orden de 36,5 % de la cual se afilia al régimen subsidiado el 57 %. Jaramillo (2), basado en la “encuesta de calidad de vida del DANE”, presenta una cobertura del 57 % para 1997 (20 % de ellos afiliados al régimen subsidiado).

El estudio de la FNSP, señala un decaimiento en las coberturas, en primer lugar con respecto a las cifras previas y después dentro del mismo proceso del nuevo sistema: 54,6 % de cobertura para 1997 (17,5 % subsidiado, 37,1 % contributivo) y 49,1 % en 1998 (1).

Por otro lado, diversos estudios basados en la Encuesta de Calidad de Vida y en la Encuesta de Reunirse de la Universidad de los Andes de 1997, mencionan niveles de satisfacción con el sistema en oportunidad y calidad del servicio del 80 %. Otra cosa es lo que expresan los diferentes actores, sobre todo los hospitales, los trabajadores de la salud, los gremios, que encuentran un deterioro en la atención en todos los sentidos. Parece ser que los satisfechos son quienes tuvieron la suerte de la accesibilidad, no así quienes han pasado varios meses buscando una consulta, o sea que representan poblaciones distintas en los análisis.

Las inconsistencias en los estudios y en las conclusiones a las que llegan se ven más en las tendencias; independientemente de ellas puede decirse que existe entre un 40 y 50 % de la población completamente desprotegida, sin aseguramiento; de los asegurados no podemos concluir nada sobre las posibilidades de acceso, es decir que lo-

gren la atención satisfactoria, que tengan cobertura por servicios de salud.

Otros análisis, nos hacen suponer efectivamente un descenso de las coberturas, en razón del descenso en el empleo, la recesión económica y la supresión de algunas fuentes financieras (Ley 344 de 1996), además del incumplimiento en el *paripassu*. Una conclusión sin mayor desfase con la realidad debe ser: disminución de las coberturas, reubicación de poblaciones objetivo del antiguo sistema en los segmentos del nuevo y ganancias en el aseguramiento (en esto no hay dudas); la accesibilidad, el criterio más importante, deja muchas dudas, aún para los asegurados.

Durante 1999 el Ministerio de Salud tuvo la firme intención de presentar ante el parlamento Colombiano una ley de “Reforma a la Reforma”, sobre la base de revisar la ley 100 de 1993. Varios de los actores fueron convocados a presentar propuestas, algunas de las cuales se han venido consolidando por diversos analistas (3-5,11) que destacan, con base en documentos del Ministerio de Salud, problemas como dificultades para hacer la conversión del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda, no afiliación del sector informal, desigualdades regionales en la asignación de recursos, poco control de la elusión y la evasión y otros más.

Existe cierta coincidencia en el análisis a pesar de las diversas perspectivas: demasiada normatividad que ha generado suficiente confusión en el sistema y sensación de desorden en todos los niveles; carencia de un sistema de información y de un sistema de garantía de calidad; ausencia de liderazgo del sector y del Ministerio de Salud por la obsolescencia de su estructura más que por las personas; ausencia y debilitamiento de los sistemas de vigilancia y control administrativo y epidemiológico; burocratización del sistema, limitando el acceso de la población y el flujo oportuno de los recursos; la crisis del modelo económico por su parte deteriora la base del sistema de seguridad social en salud al romperse todos los supuestos macroeconómicos en que se basó; la pobreza, el desempleo y la informalidad de la economía dan al traste con los objetivos de un sistema montado sobre la base de los asalariados, el aseguramiento y los subsidios marginales; grandes pro-

blemas en la regulación y modulación por el ente central y la articulación a través de las EPS y administradora en general, como síntesis.

La Facultad Nacional de Salud Pública ha mantenido su distancia frente al modelo estatuido por la legislación de la reforma (12); se ha insistido en más de una ocasión sobre las debilidades sociales de la Reforma colombiana, el deterioro de la salud pública a partir de los cambios introducidos en 1993, y fundamentalmente por la ausencia de una real política de salud pública. Otro estudio concluye que la reforma se dedicó al aseguramiento y al asistencialismo, existe gran descontento de los profesionales de la salud, pobre capacitación en el sistema, desconocimiento de las condiciones epidemiológicas y desorganización del sistema de información, descenso en las coberturas, pocas acciones en promoción, prevención y desarrollo de recursos humanos, bajos índices de certificación de municipios y departamentos, alta correlación de aseguramiento y niveles de riqueza, bajos niveles de afiliación en la población NBI, grandes inequidades entre regiones colombianas en lo relacionado con el aseguramiento y la asignación de los subsidios (1).

En reciente debate con los profesores de esta entidad académica y algunos miembros del Parlamento de la república del Paraguay, quienes gentilmente visitaron nuestra ciudad, se analizan los síntomas más notorios de la reforma colombiana, así: el punto de mayor consenso se refiere al efecto negativo que tuvo la ley 100 de 1993 sobre las funciones de la salud pública y sobre la situación de salud de los colombianos. Se considera que los mecanismos del mercado, columna vertebral de la reforma, han tenido serios efectos sobre la dignidad de los médicos y profesionales de la salud, sobre la solidez de los hospitales generando una crisis de imprevisibles consecuencias; se ha incurrido en flagrante abandono de la responsabilidad estatal; en general se observa la imposibilidad de competencia de lo público frente a un mercado abierto; el sistema tuvo un ligero crecimiento en sus inicios, en lo referente a coberturas y aseguramiento pero posteriormente se disminuyeron sus indicadores de logros, por la inercia del empleo y el deterioro de la economía; se insiste en que el legislador en 1993 pensó en la salud privada y olvidó la salud pública; es muy evidente la pérdida de la promoción y prevención en salud, muy a pesar de los meca-

nismos de financiación establecidos en la misma reglamentación; otros aspectos muy relacionados con el sistema son la carencia de una política de personal y desarrollo del recurso humano, además de la asfixia económica por un pasivo prestacional nunca sometido a los cálculos actuariales ni a financiación alguna, carga entregada ahora a los entes descentralizados y a las Empresas Sociales del Estado.

En síntesis, las principales críticas se orientan hacia el componente socio- sanitario de la reforma que tiene una trascendencia única, por ser el centro o el deber ser de una política social.

En contraste, otro enfoque del análisis apunta a elementos estructurales, reconociendo la misma problemática pero en relación con otros factores no atribuibles al modelo de “la reforma”, así:

- Se aduce en tal sentido, que el diseño y el modelo colombiano goza de una configuración y coherencia interna de incalculable valor, susceptible de aplicación en otras realidades menos críticas que la de Colombia, donde existe una gran distancia entre el modelo teórico y el que ha sido implementado.
- La política de descentralización que inició el país y concretamente el sector antes de 1993, con la Ley 10 de 1990, no logró allanar el camino oportunamente para los cambios que demandaba el novedoso sistema de seguridad social en salud ni tampoco se logró el cambio deseado en el modelo sanitario tradicional.
- No podemos negar la importancia de la ley 100 de 1993 como una ley de seguros; el aseguramiento es un tema certeramente introducido al país mediante esta norma muy a pesar de las grandes limitaciones en extensión de coberturas. Podría aceptarse también que intentó la modernización del Estado y de sus instituciones y por ello fundamentó su estrategia en la eficiencia gerencial; pero se equivocaron quienes tenían la responsabilidad en las políticas de salud y seguridad social en el país y se olvidaron de esta parte.
- Los ejecutores del modelo priorizaron la aplicación del concepto de eficiencia al dominio macro de las políticas y asignación de recursos y se olvidaron del concepto de eficiencia en el componente microeconómico de las organizaciones, en lo cual la evaluación también nos puede mostrar pobres resultados.

- Puede argumentarse que en la ley quedaron dos mojones importantes para la salud pública, el PAB (Plan de Atención Básica) y los recursos para promoción y prevención, nunca antes separados de los fondos comunes en los departamentos y municipios; es cierto, aunque la reglamentación posterior no logró una adecuada logística para su ejecución y, peor aún, en la práctica se han dilapidado los recursos, aunque los recursos públicos para salud se han cuadruplicado en la última década, como lo indican diversas fuentes (5) El Departamento Nacional de Planeación señala que Colombia destina a salud el 10,8 % del PIB y un gasto público social en salud, *per cápita* de \$ 85 526 en 1999, con un notable incremento a partir de 1980 (presentaba \$ 20 891); aunque es necesario reconocer que el producto interno bruto ha venido disminuyendo en los últimos años.

ALGUNAS ALTERNATIVAS

Con el ánimo de encontrar salidas a la actual coyuntura del sistema, descrita anteriormente, podrían plantearse algunas opciones entendibles como Reforma a la Reforma, las cuales apuntan a hacer más viable el sistema, dándole cabida a posiciones más plurales (11). Dentro de este marco, algunas líneas de cambio se pueden mencionar:

- Desarrollar una política de salud pública, complementaria o integradora de la contemplada en la reforma sectorial basada en la prestación de servicios y en el mercado.
- Establecer un régimen de financiación de los vinculados, que a su vez garantice el adecuado y oportuno flujo de recursos para el sistema hospitalario colombiano y las Empresas Sociales del Estado.
- Mantener y fortalecer el aseguramiento pero acabar con la intermediación administrativa; llevar paulatinamente hacia la consolidación de un sistema de aseguramiento universal, con, posiblemente, varias agencias aseguradoras entre ellas el Estado, garante ante todo para aquellos víctimas del desempleo (no es propiamente un seguro de desempleo, sino de salud).
- Establecer una Ley Hospitalaria cuyo fin sea asegurar el financiamiento de Hospitales y clínicas, permitiendo el sistema de competencia regulada pero no la competencia perversa con la interme-

diación del dinero, y garantizando el desarrollo institucional y la mejora de la calidad en el servicio. Incluye la redefinición y diseño de un verdadero Sistema Hospitalario. La Financiación de los hospitales por la vía de la oferta puede hacerse manteniendo el esquema de la competencia si aplicamos y hacemos viables los desarrollos gerenciales y los indicadores de gestión.

- Definir, diseñar y gestionar sistemas territoriales de salud, de orden local y regional pero con cobertura nacional y con carácter de red global, aprovechando las experiencias en promoción de la salud, municipios saludables, etc.; constituir, así un verdadero Sistema de Salud colombiano a partir de las redes y experiencias locales (13).
- Establecer un sistema de desarrollo profesional de los trabajadores de la salud, que más que una discusión por el salario se convierta en una posibilidad de dignificar la profesión y la opción para liderar el sistema y convertirse en el actor modulador y ponderado, negociador entre los intereses de los otros actores, pero la ley debe otorgarle ese poder y definir los mecanismos pertinentes.
- Alternativas para asegurar a todos los pobres, sin selectividad ni sistemas diferenciales, acabando con eslabones sin continuidad en la cadena del aseguramiento.

HACIA LA INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Se puede concebir el cambio global como (14): "la integración referida a cada uno de los componentes esenciales de los sistemas de salud, a saber, las poblaciones y las instituciones". Varios autores coinciden en que es necesario tener un pensamiento sistémico y global para solucionar la crisis del sistema de salud (4,5,15) En ese sentido se puede proponer lo siguiente:

El norte de cualquier reforma en los sectores sociales deberá estar puesto siempre al servicio del bienestar social, de un mejor nivel y situación de salud y de las condiciones de vida de la población. Recordemos el artículo 366 de la Constitución Nacional: "El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de sus necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y agua potable". Por consiguiente, es necesario que hablemos

de una reforma sanitaria integral y no una reforma sectorial, lo cual no puede hacerse desarticulado del modelo de desarrollo imperante. Se trata de formular una política social integral (los sectores interactuando, la comunidad y el Estado, lo público y lo privado, la sociedad política y la sociedad civil, todos al unísono).

Como fundamento estratégico de cualquier cambio, después de haberse dado el consenso filosófico en los principios, es importante asumir algunos de los postulados centrales de leyes muy influyentes, pilares del actual sistema de salud, como las leyes 10 de 1990, 60 de 1993 y 100 de 1993: el cambio en el modelo sanitario era una de las motivaciones desde 1990 para impulsar la transformación, la descentralización, el mercado y la integralidad de regímenes y del sistema en general. El paradigma propuesto basado en los principios, sí, pero jerarquizados de tal manera que prevalezcan los de carácter humano (la dignidad de la vida y de la condición humana) y social (el interés colectivo) sobre los que tocan con la gestión de recursos (la racionalidad económica), no son incompatibles si se ponen los unos al servicio de los otros. El modelo seguirá basado en la solidaridad, en la equidad, en la justicia social, en los derechos sociales y en lo situacional (eficiencia, contingencia y economía) (16).

De igual manera, las estrategias previas que desarrollan el soporte del sistema tienen que ejecutarse cabalmente:

- La descentralización perfectamente instrumentada como concepción de lo público, con pleno conocimiento y participación de los actores involucrados, alcaldes, comunidad, funcionarios de salud de los entes regionales y locales.
- Suficiente desarrollo de la tecnología de la descentralización pero además del conocimiento, el buen ejercicio de lo político como arma para gestionar el cambio. Al respecto, otros analistas opinan parecido: “la Salud Pública es la gran damnificada de la descentralización, reforma previa a la ley 100 de 1993, porque no se hizo la transición”(17).
- Viabilizar la reforma, debe estar también legitimada frente a la población y los diversos actores (los usuarios, los profesionales de la salud, los decisores), es un problema de participación social pero no solo ello, para la toma de conciencia se requiere la simplificación, el desmonte de tanta norma y establecer un estatuto unitario de salud, como se ha dicho ◀

REFERENCIAS

1. Cardona A, Nieto E, Arbeláez MP, Agudelo H, Chávez B, Montoya A, Estrada A. Impacto de la reforma de la seguridad social sobre la organización institucional y la prestación de los servicios de salud en Colombia. Medellín: Universidad de Antioquia;1999.
2. Jaramillo I. El futuro de la Salud en Colombia. Cuarta Edición. Santafé de Bogotá: FESCOL.FES.Fundación Restrepo Barco, Fundación Corona;1999.
3. Londoño JL, Beltrán LU, Redondo H, Granados M. Opinan los actores del SGSS. En: Revista Hospitalaria-ACHC. Santafé de Bogotá; Octubre de 1999.2(7):3-14.
4. Eslava JC. Seguridad social en salud: reforma a la reforma. Rev. salud pública; 1999. 1(2):105-117.
5. Crisis en Salud. En: Revista Vía Salud. Centro de Gestión Hospitalaria. Santafé de Bogotá; 10:3-13.
6. Cuesta FF. La empresa virtual. Madrid: MC Graw-Hill;1998.
7. Herrera R. El sistema pensional colombiano. Santafé de Bogotá: Legis;1999. p 8.
8. Midgley J ¿La Seguridad Social ha perdido relevancia? Revista internacional de Seguridad Social –AISS; 52 (2):111-121. 1999.
9. Hemming R. ¿Las pensiones públicas deber ser capitalizadas? En: Revista internacional de seguridad social – AISS; 52(2):3-35.
10. Ministerio de Salud de Colombia. Programa de Apoyo a la Reforma. Universidad de Harvard. Evaluación de la Reforma Colombiana;1995.
11. González I. Propuestas para todos los gustos. En: Revista Vía Salud. Santafé de Bogotá;1999. 9:34-37.
12. Franco A. Seguridad Social, Salud Pública y ley 100 de 1993. Revista Facultad Nacional de Salud Pública; 1995. 13(1):20-41.
13. Franco A. Diseño del sistema de seguridad social en salud a partir de la Red de servicios. Revista Nuevos Tiempos. Medellín, COHAN; 1998. 6(2):3-22.
14. Frenk J, Londoño JL. El costo de no reformar. Cuestión Social. México: IMSS;1998.No. 42:27.
15. Florez J, Franco A, Fernández S, Martínez E, Castro C, Suárez J. Propuesta para reformar la ley 100 de 1993. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín, Vol. 16 No. 1:65-76.
16. Periódico EL Pulso. Dic. 1999. p 3.
17. Yepes F. Conferencia en pre Congreso de Salud para todos y Formulación de políticas de Salud para el siglo XXI, Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública, octubre de 1999.

Visite el sitio Web de la Revista de Salud Pública
en: <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistasp>