

ESTRUCTURANDO PLURALISMO EN LOS SERVICIOS DE SALUD. LA EXPERIENCIA COLOMBIANA

JUAN LUIS LONDOÑO

Banco Interamericano de Desarrollo

Abstract

During the nineties, the fever of Health Reform has spread all over Latin America. Most countries of the Region started to discuss options for their reforms. So far, few countries have advanced much in their decisions. The paper describes one of the exceptions. Colombia enacted a tropical version of a Managed Competition Act in 1993. During the last 1,000 days the competitive environment created by the new rules of the game allowed the extension of insurance coverage to almost 8 million people and the mobilization of new resources for more than 1% of GNP. The paper describes the main characteristics of the Reform, emphasizing the difficulties of technical design and political economy during the phase of implementation. Many interesting lessons (positive and negative) for other developing countries are derived from this policy experiment.

I. Introducción

El panorama de la salud en América Latina deja mucho que desear. En los últimos 25 años las expectativas de vida en la región progresaron menos rápido que en el promedio de países en desarrollo, y los resultados en salud —medidos por los DALYS— se encuentran ya un 21% por debajo de lo que podría esperarse para países con tal grado de desarrollo económico y educativo. El número de doctores y de camas en los hospitales no parece diferente del promedio del mundo, y el gasto en salud es más alto que en otras regiones de desarrollo similar. Las deficiencias en el acceso al sistema de salud y en el financiamiento del costo de la salud para los más pobres son las más altas del mundo. Además de la extrema desigualdad del ingreso y la riqueza en la región, existe claramente un problema de mezcla de recursos, instituciones y modalidades de financiamiento

que produce pobres resultados en salud para la población, y especialmente para los más pobres.¹

Colombia, con sus 36 millones de habitantes, es un país bastante cercano al promedio de América Latina. Su ingreso per cápita de 1800 dólares y su expectativa de vida de 69 años son iguales al promedio latinoamericano. Su nivel de desigualdad —con coeficientes Gini de 0.47— y su nivel de pobreza —30% de la población viviendo con menos de 2 dólares per cápita diarios— son altísimos cuando se los compara con los países desarrollados, aunque resultan ligeramente favorables cuando se los compara con el promedio de la Región. Sin embargo, existen dos características que distinguen a Colombia en el contexto latinoamericano. Primera, un tradicional manejo macroeconómico que ha evitado los choques inflacionarios y ha generado el proceso de crecimiento más estable de América Latina. Y segundo, una aceleración sin precedentes de la innovación institucional en el manejo del Estado en los últimos diez años. El país ha buscado fórmulas diferentes a la provisión pública y centralizada de servicios en los diversos campos, buscando alianzas con las organizaciones comunitarias, las organizaciones solidarias, los entes locales y el sector privado.

La relativa estabilidad económica y el espíritu de innovación institucional han permitido desarrollar experimentos novedosos en diversas áreas de la configuración de la acción estatal. La banca central logró separarse de las tradicionales funciones de concesión de créditos a los sectores público y privado, y se constituyó en una autoridad de regulación monetaria con enorme grado de independencia. Colombia desarrolló nuevas formas de asociación con las empresas multinacionales que dinamizaron enormemente su producción petrolera. El país ha desarrollado un sistema competitivo de fondos de pensiones distinto al de otros países del continente. En el área social las innovaciones no han sido menos importantes. Ha desarrollado un sistema de financiamiento comunitario de la atención infantil que resulta ejemplar en el continente. Ha desarrollado un proceso de descentralización de los sectores sociales que es más profundo y rápido que en el resto del continente. Transformó la construcción pública de vivienda popular en un sistema de concesión de subsidios directos a la demanda para la adquisición de vivienda. Y, en medio de todo ello, ha intentado desarrollar desde 1993 un sistema institucional de servicios de salud bastante peculiar. Este trabajo describe rápidamente las características de este modelo, que aquí denominaremos de "Pluralismo Estructurado",² o de "Managed Competition in the Tropics", con pocos parecidos en otros países en desarrollo.

II. Una Rápida Mirada al Sistema de Salud en 1993

La evolución de la situación de salud colombiana puede caracterizarse como resultante del choque entre una muy rápida transición demográfico-epidemiológica con una dinámica institucional-financiera muy lenta. Este choque generó en forma creciente una gran segmentación en el acceso de la población a los servicios de salud y un altísimo costo para la población más pobre.

Los indicadores agregados de salud presentan un país con rápidos cambios. La expectativa de vida de las mujeres aumentó de 52.3 años en 1950 a 63.5 años en 1970 y a 72.3 años en 1990. La tasa global de fecundidad se redujo de 6.6 en 1960 a 2.6 en 1990. La mortalidad de los niños descendió de 132/1000 en 1960 a 20 en 1994,³ más rápido que en casi todos los demás países del mundo⁴ durante tal período. Las enfermedades transmisibles redujeron su peso en la mortalidad del 60% en 1950 al 15% en 1990. La carga de la enfermedad, que en 1990 era de 170 daly's por mil personas, es una cuarta parte más baja que en el resto de América Latina. Y todo ello se hizo en medio de un gasto en salud —público y privado— del 5.1% del PIB entre 1970 y 1991, no muy distante al esperado para un país con tal grado de desarrollo.

La situación, sin embargo, es menos favorable cuando la atención pasa de los indicadores agregados de salud a indicadores de equidad en los resultados, el acceso y el financiamiento a los servicios de salud. Mientras que en las clases medias y altas de las grandes ciudades la mortalidad infantil no difiere de lo que sucede en los países desarrollados, las comunidades más pobres alcanzan cifras por encima de 200 por mil. El acceso a los servicios de salud resulta bastante limitado para amplios grupos de la población. En 1992, el 25.1% de la población que se enfermó no tuvo acceso al sistema de salud. Esta restricción de acceso afectó al 34% del decil más pobre y apenas al 2% del decil más rico de la distribución del ingreso. El 22% de los niños nacidos no fue atendido por personal de salud entrenado. A pesar de las dificultades de acceso, la carga financiera de los servicios de salud recayó con mayor fuerza en los grupos más pobres. En 1992, el decil más pobre de la población reportó haber gastado el 18% de su ingreso por pago de hospitales, médicos y medicamentos, mientras el decil más rico gastó menos de una quinta parte de ello en el sistema de salud.

Tan alta desigualdad, en medio de resultados globales relativamente buenos, expresa los problemas sistémicos de orden financiero e institucional que enfrentaba el sistema de salud colombiano al comienzo de los noventa. El gasto en salud se encontraba excesivamente atomizado. Los gastos de bolsillo (*out-of-pocket*) de las familias representaba más de un 50% del gasto en salud, más alto de lo esperado para un país con tal grado de desarrollo. Este costo directo de los servicios de salud para las familias, que como vimos atrás recaía más que proporcionalmente en los grupos de la población con menores ingresos, fue identificado por las familias como el principal obstáculo para el acceso universal a los servicios de salud. En efecto, una encuesta realizada en 1992 reveló que para la población más pobre los costos de los servicios representaban una barrera de acceso cuatro veces más importante que la falta de médicos o de instalaciones.

La alta atomización del financiamiento de los servicios de salud se debía, en gran parte, al bajo grado de desarrollo de la seguridad social. A pesar de más de 40 años de desarrollo, la seguridad social afiliaba en 1992 a menos de un 20% de la población, muy bajo en comparación con el 57% que tiene América Latina.⁵ El grado de insatisfacción de los afiliados con los servicios del Instituto de Seguros Sociales era muy alto —por corrupción, ineficiencia y mala calidad—, al punto que muchos grupos de la población habían gestado alternativas de prestación de ser-

vicios. Las cifras indicaban, en efecto, que el monopolio aparente del Instituto de Seguridad Social estaba siendo desbordado por un sistema de medicina de grupo con diversas modalidades para las distintas poblaciones. Los empleados públicos —especialmente de las empresas y de los entes locales— habían desarrollado espontáneamente un sistema de organizaciones paralelas de provisión (28 cajas de provisión). Las familias de los empleados de las grandes empresas privadas recibían servicios de un sistema de organizaciones solidarias (más de 50 cajas de compensación). Los estratos más ricos estaban acudiendo a un sistema de medicina prepagada de rápido desarrollo, con más de 20 nuevas instituciones desde mediados de los ochenta. Y las familias de estratos bajos habían desarrollado múltiples experiencias de cooperativas y mutuales. Este desarrollo institucional espontáneo, sin embargo, estaba generando duplicaciones innecesarias de gasto —un porcentaje significativo de la población revelaba doble afiliación—, pocos incentivos a la economía de recursos y, en lugar de creciente movilidad de la población entre las opciones, estaba segregando notoriamente a la población.

Las bajas coberturas y los altos costos de los servicios para la población más pobre se debían a su vez, en gran parte, al ineficiente e inequitativo sistema público de salud. El Ministerio de Salud se concentraba en financiar y manejar directamente un sistema de hospitales de segundo y tercer nivel con una ocupación menor del 50% y una productividad muy baja. El Ministerio había construido una extensa red de centros y puestos de salud, con bajísima utilización y aceptación entre la población. Gran parte de los servicios ambulatorios y de medicamentos eran cubiertos, para la mayor parte de la población y en especial para los grupos más pobres, por médicos, laboratorios y farmacias del sector privado. Los recursos públicos resultaban, además, muy poco focalizados en la población más pobre: el 40% de los subsidios de los hospitales públicos de salud se filtraban al 50% más pudiente de la población. De hecho, los estudios de incidencia de gasto público en salud indicaban que Colombia tenía el sistema más regresivo de toda América Latina.⁶ Ello se debía a la concentración del gasto en las grandes ciudades, a la falta de concordancia entre las prioridades públicas y las enfermedades más frecuentes entre los pobres, y al uso gratuito de los hospitales públicos por la población con capacidad de pago. Los intentos de transformar el sistema público mediante la municipalización de los centros y puestos de salud habían enfrentado enormes dificultades técnicas y políticas.

Así pues, el sistema de salud colombiano manifestaba enormes dificultades para lograr la universalidad de la atención de salud con eficiencia y equidad. Más del 80% de la población no tenía aseguramiento y más del 25% no tenía acceso a los servicios de salud en caso de necesitarlos. De mantenerse un sistema público rezagado y un sistema privado segmentado y atomizado, el logro de la cobertura para todos los colombianos habría de representar un esfuerzo financiero demasado grande y un reto institucional muy difícil de cumplir.

III. Los Principios de la Reforma

El panorama anterior resultaba propicio para la discusión de grandes reformas del sistema de salud sobre la base de los logros alcanzados y las instituciones existentes. La discusión comenzó a darse en cada uno de los diferentes componentes del Sistema de Salud. Desde comienzos de los ochenta, el Instituto de Seguridad Social manifestaba los límites de financiamiento permitidos por los impuestos sobre la nómina y reclamaba crecientemente el concurso de recursos públicos para la ampliación de su cobertura. Desde mediados de los años ochenta, los entes locales y los salubristas discutían crecientemente alternativas de descentralización de los servicios de salud. Desde finales de los años ochenta, las compañías de seguros reclamaban la regulación de los crecientes sistemas de medicina prepagada. Pero la diversidad de perspectivas parciales hizo difícil alcanzar decisiones frente a los problemas que se acumulaban en forma creciente.

La discusión se aceleró notablemente con la convocatoria por parte del Presidente Gaviria durante 1991 a una Asamblea para modificar la Constitución que regía al país desde 1886. Luego de seis meses de intensa polémica se llegó a una serie de principios constitucionales que sentaron las bases de la discusión posterior. La Constitución de 1991 determinó que las reformas de la salud deberían seguir los principios clásicos de la seguridad social: la *universalidad*, la *solidaridad* y la *eficiencia*. Y añadió que debía hacerse en medio de *sostenibilidad financiera* así como de *pluralidad* de agentes públicos y privados.

Sobre la base de tales principios constitucionales, el gobierno y los diferentes grupos del Congreso de la República y de la sociedad civil trabajaron durante dos años diversas propuestas que condujeron a lo que serían las leyes 60 —de descentralización de los servicios sociales— y la ley 100 de 1993 —de Reforma de la Seguridad Social.⁷ Además de los principios constitucionales, estas leyes adoptaron otros principios de creciente aceptación internacional: la *integralidad* de la atención, la *calidad* de los servicios, la *descentralización* de los recursos y las competencias y la *concentración* de las decisiones de política.

Pero lo peculiar del caso colombiano es la forma particular de desarrollo de otros principios que resultan más polémicos en los sistemas de seguridad social para muchos países: el *aseguramiento*, la *equidad*, la *competencia* y la *libertad*. La ley colombiana generalizó el *aseguramiento* como principio de organización de los sistemas de salud, pues hizo mandatoria para toda la población colombiana la afiliación a la seguridad social antes del año 2001. Con ello se superó la tradición mirrada a la atención en salud como un problema de asistencia pública. Para la búsqueda de la *equidad*, aumentó el carácter público del financiamiento, rompió las barreras de movilidad de la población entre instituciones y definió un acercamiento progresivo de las poblaciones más pobres a los planes de beneficios de la seguridad social. Y para ello hizo público el financiamiento, mediante las contribuciones obligatorias a las familias de los trabajadores pudientes y el subsidio público a las familias más pobres. Permitió y promovió activamente la *competencia* en la producción de los diversos servicios por proveedores autónomos y, más importante, en la provisión integrada de los mismos por entidades distintas al

Instituto de Seguros Sociales. En consonancia con lo anterior, también consagró el principio de la *libertad* de las familias de usuarios para escoger las entidades que *garantizan* la provisión de los servicios integrales de salud.

Desde el punto de vista político, el desarrollo espontáneo de sistemas de salud plurales que atenderían diferentes grupos de la población generó intereses y fuerzas que impidieron opciones extremas de reforma que podrían haber tenido más relevancia en otros países latinoamericanos, tales como la nacionalización, la municipalización o la privatización del sistema. En cambio, estas fuerzas políticas sólo pudieron conciliarse mediante una ley que estableciera un sistema estructurado de reglas y pusiera igualdad de condiciones para todos los agentes del nuevo sistema.

IV. El Diseño de la Reforma del Sistema de Salud

La ley 100 de 1993 constituye un esfuerzo de estructurar reglas del juego para un sistema plural de instituciones que permitan, con competencia y libertad, buscar la universalización del acceso a la seguridad social en salud con equidad y eficiencia. En 98 artículos, que cubren no más de 36 páginas, la ley establece los principios generales del nuevo sistema y deja para reglamentación de un Consejo Nacional de Salud el desarrollo operativo de la misma.

4.1 El nuevo régimen

El sistema colombiano puede caracterizarse como uno de competencia estructurada con financiamiento público para un paquete universal de servicios personales de salud. La esencia del sistema está en el diseño de las *instituciones* y de los *incentivos* globales para universalizar el acceso a la población.

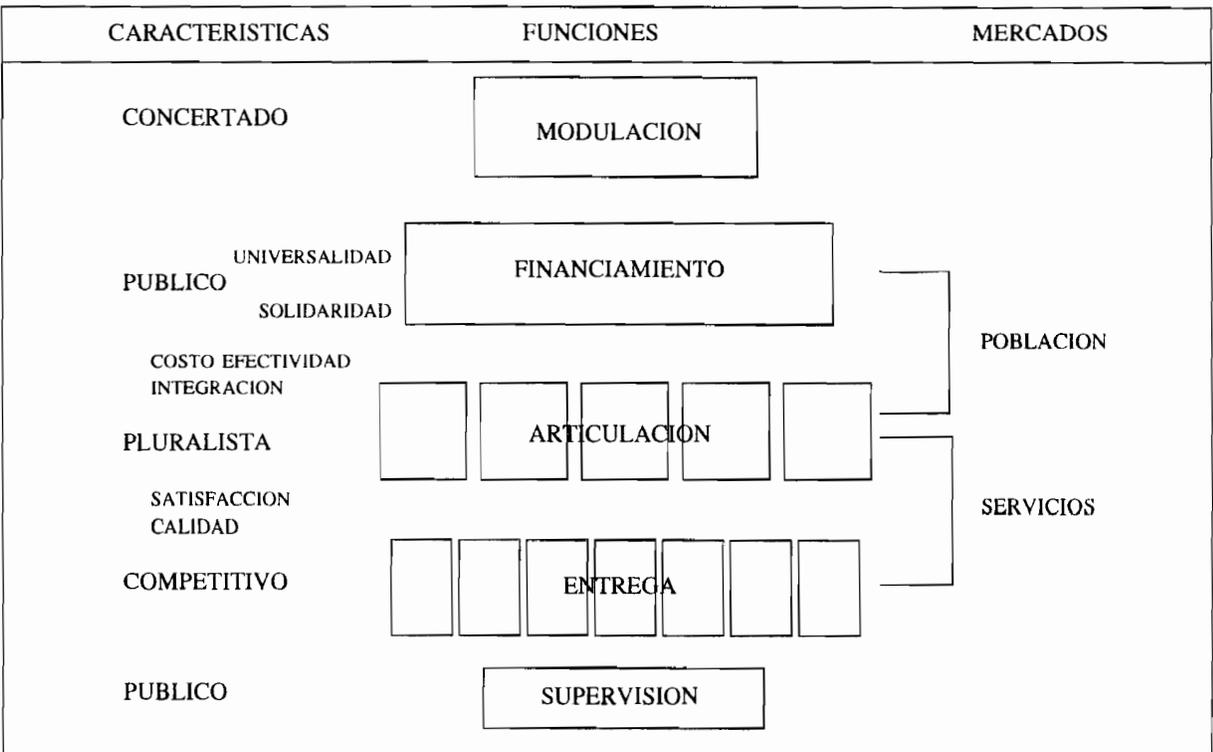
El *diseño institucional* identifica agentes especializados para realizar las cuatro funciones básicas del Sistema de Salud: la rectoría, el financiamiento, la articulación y la producción de servicios.

En primer lugar, separa la rectoría del financiamiento y operación de los servicios de salud. Se crea un Consejo Nacional de Salud con amplios poderes regulatorios sobre el conjunto del sistema, se concentra al Ministerio de Salud en las tareas de dirección y asistencia técnica—descentralizando la provisión de servicios del Ministerio hacia los entes locales y empresas públicas independientes— y se fortalece una Superintendencia como ente independiente especializado de control y supervisión.

En segundo lugar, la ley separa el financiamiento de la provisión de servicios, creando un Fondo Nacional de Salud (Fondo de Solidaridad y Garantía) independiente de las instituciones de seguridad social.

En tercer lugar, separa la producción de los servicios de organizaciones especializadas en la articulación de servicios de salud. Para ello realiza tres decisiones: especializa a las autoridades regionales en la garantía de los servicios de salud pública (*public health provision*) que constituyen bienes públicos o altas

DIAGRAMA I



externalidades: especializa la provision de servicios personales de salud en entidades autónomas, del orden público o privado, financiadas primordialmente a través de la venta de servicios (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-) y promueve la constitución de Organizaciones para la Articulación de los Servicios de Salud (EPS) como entidades especializadas en la compra de servicios que, además de garantizar el manejo del riesgo -como lo harían las entidades aseguradoras-, garantizan la conformación de redes (*networks*) para el acceso a los servicios y la representación de los usuarios.

De esta forma, y como lo muestra el Diagrama 2, la ley colombiana crea un sistema con agentes especializados por funciones, donde la novedad está en el carácter central de las Organizaciones Articuladoras de Servicios como entes que permiten vincular la diversidad de poblaciones con la diversidad de productores de servicios.⁸

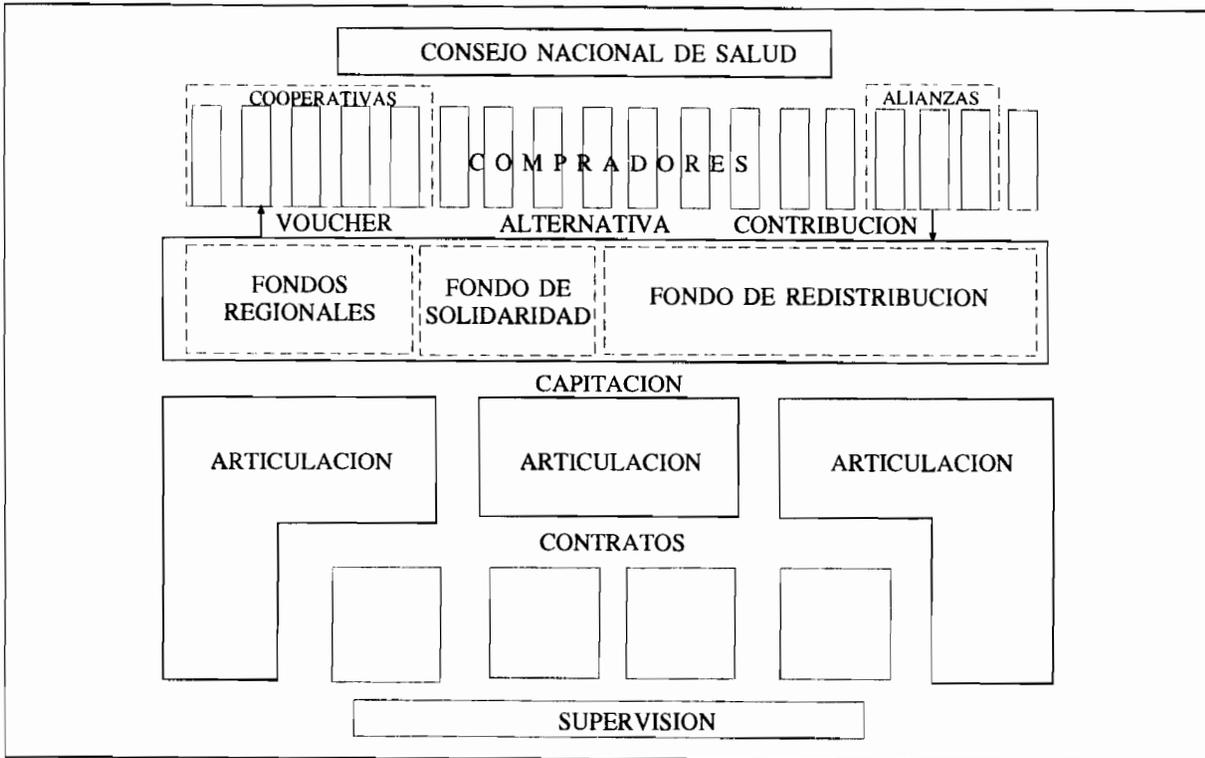
Por su parte, los *incentivos* globales se diseñaron para estructurar modalidades de competencia en aquel ámbito donde los mercados podrían tener menos fallas: la provisión integrada de servicios. Se minimiza la competencia en el financiamiento al fortalecer el carácter público de los recursos provistos por una contribución obligatoria (*mandatory*) y solidaria (del 12% de las familias. Este sistema de prepago obligatorio debe resultar autofinanciado, pues la ley no previó subsidios para la población contributiva. Se buscó minimizar los efectos perversos de la competencia (como la atomización de los servicios o la segmentación de mercados) o de la libre elección (el comportamiento oportunista o *moral hazard*) al integrar los servicios, asegurar la movilidad de la población y constituir la familia como el núcleo de las decisiones.

La competencia se concentra entonces en la provisión integrada de servicios. Se estableció un paquete universal -integral y *semicomprehenhivo*- de servicios de salud que las EPS garantizan a sus afiliados. Los afiliados contribuyen al Fondo de Salud de acuerdo con su capacidad de pago y el Fondo le paga a la EPS elegida por cada familia de acuerdo con sus riesgos previstos. Por la garantía del acceso a este paquete, el Fondo de Salud paga a cada Organización Articuladora una capitación ajustada por riesgo (*risk-adjusted capitation*), de acuerdo con el sexo, la edad (en 5 grupos) y la densidad poblacional del lugar de residencia (en 2 grupos)⁹ de los miembros de las familias. Sobre la base de esta capitación global -que en promedio es de 120 dólares por persona-, las EPS articulan las redes de servicios sobre la base de contratación o de prestadores propios, garantizando en cualquier caso un número plural de proveedores. Las familias que contribuyen al sistema tienen la opción de afiliarse a cualquiera de las Organizaciones Articuladoras por períodos mínimos de un año, y estas organizaciones no pueden rechazar a las personas que buscan su afiliación o la renovación de sus contratos. Más que por la vía de los precios, el sistema colombiano buscó promover la competencia por la vía de la calidad de los servicios.

4.2 La inclusión de la población más pobre

Puesto que la mayor fuente de inequidad del sistema de salud provenía de la

DIAGRAMA 2
PLURALISMO ESTRUCTURADO EN COLOMBIA



exclusión de la población más pobre del acceso a los servicios y al aseguramiento, la ley previó la configuración de un régimen especial. El llamado régimen subsidiado de Seguridad Social en Salud, que nace con las leyes 60 y 100 de 1993, tiene tres características especiales. La primera, se concentra en lograr la afiliación al sistema del 30% más pobre de la población, que vivía en 1993 bajo la línea de pobreza. La segunda, asigna recursos públicos explícitos a este propósito, combinando el 1% de las contribuciones de las familias con capacidad de pago, con un porcentaje fijo de los ingresos públicos que se orienta a financiar los servicios de salud a través de los departamentos y municipios. Y tercero, establece un lazo de transición para la incorporación gradual de la población al sistema de competencia estructurada.

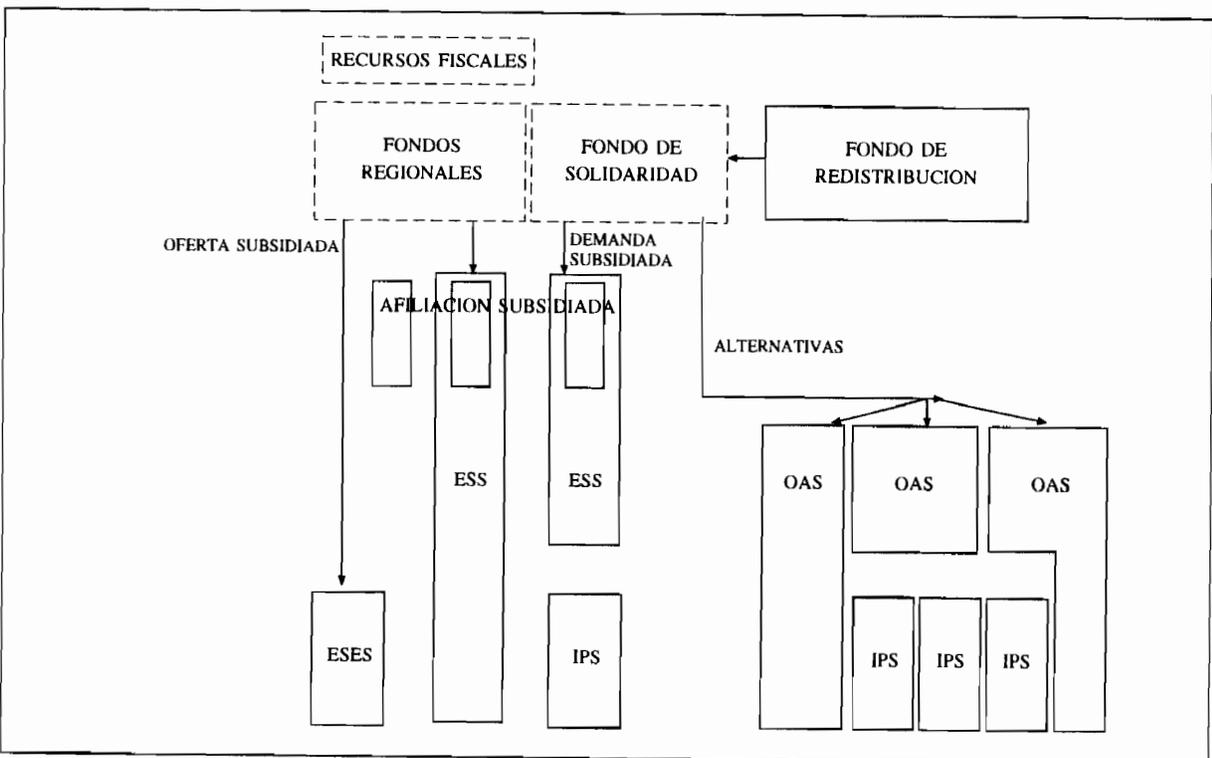
Este lazo de transición tiene, a su vez, tres componentes:

El primero es la transformación de las modalidades de financiamiento público de la salud. La reforma estableció un Fondo de Solidaridad—con recursos en 1996 de más de 250 millones de dólares—para financiar subsidios directos a los usuarios para su afiliación al sistema de aseguramiento, que se cofinanciarían con el 60% de los recursos que la nación envía a los municipios para salud. Ello permitiría la constitución de un fondo para el financiamiento de *vouchers*, o de subsidios a la demanda. También previó la transformación gradual—entre 1994 y 1997—del tradicional financiamiento público a los hospitales por ítemes del presupuesto y programas a uno por resultados, en un sistema de presupuestación global y prospectiva.

El segundo componente es la transformación de la responsabilidad pública en salud desde el financiamiento de "niveles de atención" a uno de financiamiento de paquetes de intervenciones. La ley se propuso como meta de mediano plazo la integración plena de la población más pobre al plan universal de beneficios previsto por las Entidades Promotoras de Salud. En el corto plazo, no obstante, se concentró en universalizar, tan pronto como fuera posible, el acceso a un paquete básico de beneficios orientado a combatir las enfermedades transmisibles y la atención materno-infantil. La ley previó que el paquete básico se habría de expandir gradualmente en extensión hasta igualarse con el Plan Universal de Servicios en el año 2002. Para su financiamiento se previó una captación inicial de 70 dólares por persona, y se responsabilizó al municipio como el organizador básico de la afiliación de la población en cada territorio.

El tercer componente de la transición del régimen subsidiado es la configuración de entidades articuladoras especiales que permitieran acelerar la configuración de EPS para lograr afiliar a la población más pobre de todo el territorio nacional. Consciente de que las instituciones de seguridad social no llegaban a más del 30% de los 1.040 municipios del país, la ley previó la organización de dos modalidades especiales de organización articuladora: las EPS públicas y las Empresas Solidarias de Salud. Mediante el primer mecanismo, los hospitales públicos podrían asociarse entre sí o con otros proveedores no públicos para ofrecer afiliación a la población más pobre a cambio de la captación. Mediante el segundo mecanismo, se promoverían organizaciones comunitarias con dos posibles modelos. En las áreas del país en que existieran EPS—especialmente las zonas

DIAGRAMA 3
LA INCORPORACION DE LOS POBRES



periturbanas de las grandes ciudades—, las organizaciones podrían servir de alianzas de usuarios (*alliances*) para negociar colectivamente la compra de paquetes de servicios con aquéllas. Los recursos públicos se asignarían a las comunidades, y éstas orientarían los recursos a las EPS de su elección. En las áreas del país donde no existirían EPS—especialmente en las zonas rurales—, las organizaciones comunitarias podrían contratar los servicios del paquete con proveedores independientes o con equipos de salud contratados para el efecto por la comunidad.

Así, mediante el estímulo a la captación y a la integración de servicios y el financiamiento a la demanda, la población pobre podría irse integrando gradualmente al Sistema General de Seguridad Social en Salud en igualdad con el resto de la población. La extensión gradual de las condiciones para ejercer la libertad de elección a la población sin capacidad de pago (*exiri* más allá que *voire*) fue prevista por la ley como el principal estímulo a la transformación del sistema público de salud.

V. Los Problemas de Implementación

Las leyes 60 y 100 de 1993 establecen un marco general para la reforma del Sistema de Salud colombiano, pero no entran en detalles de su operación. Este carácter general de la ley le dio enorme flexibilidad. Ello, que resultó su principal ventaja, también ha resultado ser su principal restricción. Su carácter general simplificó los procesos de negociación política que tuvieron lugar en el Congreso de la República. Pero, por ello mismo, muchos de los conflictos potenciales que se gestaron entonces se han ido manifestando durante el proceso de implementación. Este proceso, que como se verá en el siguiente capítulo ha producido resultados notables en sus casi 1.000 días de operación, no ha estado exento de problemas, que pueden clasificarse en el orden técnico, de cambio institucional y de conflicto político. En las siguientes páginas describiré mi experiencia en la toma de decisiones de estos difíciles temas, la información que tuve disponible y las soluciones propuestas.

5.1 Problemas técnicos

Los problemas técnicos de implementación de una ley de esta naturaleza son extraordinarios. La razón es que el cálculo de los parámetros básicos del nuevo sistema requiere información que no existe ex-ante así como metodologías precisas que no están validadas por la experiencia internacional. Por ello, las autoridades del Ministerio de Salud optaron por adoptar un proceso de ensayo y error que podría sorprender a los analistas técnicos más acuciosos. Las principales dificultades surgieron en la definición de los paquetes de beneficios, la captación ajustada por riesgo, la definición del tamaño y funciones de las EPS, el ajuste de las funciones del sector público y la identificación de la población objeto del subsidio.

1. El plan de beneficios

Como se comentó atrás, el sistema adoptó un plan universal de beneficios y un plan básico para la población objeto de subsidio. La definición del Plan Básico se logró hacer con criterios bastante técnicos. Se hizo un ejercicio de valoración de la carga de la enfermedad con la metodología sugerida por Murray (1995) y se usaron parámetros de efectividad internacionalmente aceptados y se obtuvieron empíricamente datos de costo bastante aceptables. La definición del paquete se testó informalmente con las aspiraciones de algunas comunidades, y los resultados fueron consistentes. En cambio, la definición del Plan Universal entró en problemas técnicos más difíciles de resolver. De acuerdo con las recomendaciones internacionales, se usó la metodología de construcción de los planes de beneficios mediante la inclusión de intervenciones cuyo costo-efectividad ha sido estudiado internacionalmente. Esta metodología, sin embargo, resultó poco útil a la hora de la toma de decisiones. La ley impedía excluir problemas o diagnósticos, pero permitía excluir procedimientos de tratamiento no costo efectivos. En un ambiente poco competitivo la definición de procedimientos estándar y costos se hace extremadamente compleja, pues no es fácil lograr acuerdo entre los profesionales sobre los procedimientos a costear, y los costos del mismo procedimiento en distintos hospitales difieren en proporciones de 1 a 5. Además, para un número grande de intervenciones no existen resultados confiables de costo-efectividad. Por ello, después de un año de trabajo por más de 15 personas, se llegó a la construcción de un plan de beneficios que limitó procedimientos más que incluyó áreas de diagnóstico. Se excluyeron procedimientos para fines estéticos y de embellecimiento, procedimientos curativos para problemas diagnosticados como incurables, tratamientos experimentales no aprobados por las sociedades científicas y procedimientos no médicos de rehabilitación.

2. La captación

La ley permitía la definición de una captación que cumpliera un doble requisito: que financiara el plan de salud y que resultara financiado por los ingresos previstos por las cotizaciones. A la imprecisión en la estimación de los costos de los procedimientos se agregó la pobre información de riesgos. Los sistemas de vigilancia epidemiológica disponibles en el Ministerio resultaron muy cortos para la tarea actuarial. La estimación del costo del paquete, sin embargo, no resultó más fácil que la predicción de los ingresos. Las dificultades mayores fueron el subreporte de ingresos que registran las encuestas de hogares y la predicción del nivel medio de ingresos de la población que habría de afiliarse. En marzo de 1994, guiado por la información de costos y cálculos optimistas sobre eficacia del control de la evasión, el Consejo Nacional de Salud adoptó una captación media de 140 dólares. Un año después, con la evidencia de resultados muy pobres en control de la evasión, el Consejo debió reducirla a 120 dólares.

Pero para reducir los riesgos de selección adversa (*cream skimming*), la ley dispuso ajustar la captación de los individuos a los riesgos observables. De acuerdo

con criterios internacionalmente aceptados, la reglamentación le dio toda la importancia a los criterios de sexo, edad y lugar de residencia. Para determinar los riesgos relativos de enfermar por edad y sexo se utilizó la información disponible sobre incidencias de cada tipo de enfermedad. Para determinar las demandas posibles de servicios se utilizaron las elasticidades calculadas empíricamente para Colombia.¹⁰ Con base en ello se definió una estructura por género significativa para 5 grupos de edad en forma de U. La única diferencia por género significativa resultó para las mujeres en edad de procrear. Por ello quedaron definidos 7 grupos de edad-género.¹¹ De acuerdo con la estimación de costos de transporte, se adicionó un 30% a la captación de los individuos de las áreas muy dispersas.¹² El proceso de generación posterior de información adicional para evaluar la adecuación de esta estructura de la captación ha sido muy lento para hacer ajustes a las decisiones adicionales.

3. Las Organizaciones Articuladoras de Servicios (EPS)

En la definición de las responsabilidades de los diferentes agentes del nuevo sistema existieron múltiples discusiones sobre el alcance de la función de articulación y la estabilidad empresarial para disminuir el riesgo a las personas. Las fuerzas políticas no llegaron a consenso alguno para regular el rol de las EPS como proveedoras de servicios. Muchos argumentos analíticos se expusieron en pro de una separación estricta entre las funciones de articulación y de producción. La experiencia empírica indicaba que en Colombia las organizaciones puramente contractuales enfrentaban rápidamente problemas de control de costos. La reglamentación, por lo tanto, dejó libre cualquier posibilidad, y la experiencia posterior indica que las EPS han tratado de formar crecientemente paneles cerrados especialmente en la atención ambulatoria. Por otro lado, ante la tradicional estabilidad de las organizaciones públicas, se generaron muchas polémicas sobre formas de mejorar las posibilidades de sobrevivencia de las EPS. Las variables que se privilegiaron, de acuerdo con la tradición de control de las entidades aseguradoras, fueron el capital de las entidades y su grado de liquidez. El capital inicial fue de 4 millones de dólares, y se exigió un grado de liquidez equivalente a un mes de cotizaciones. Ha resultado más restrictiva la restricción de liquidez que la de capital, pero no se han modificado. De otra parte, y con el fin de evitar la excesiva atomización de HMOs que se observa en otros países, se definió un tamaño mínimo al cabo del primer año de operación. La búsqueda internacional de literatura coincidió en el número de 40.000 afiliados como un tamaño que disminuya la fragilidad a riesgos actuariales. Como los ejercicios empíricos sobre economías de escala en entidades similares en Colombia y en otros países no dieron resultados contundentes, se optó por esa cifra. La experiencia de los tres primeros años sugiere un nivel de equilibrio más cercano a las 100.000 personas.

4. La identificación de la población objeto del subsidio

La ley dispuso focalizar los subsidios públicos en la población viviendo por

debajo del nivel de pobreza. Las encuestas de hogares (*household surveys*) proveen información adecuada para medir la incidencia e intensidad de la pobreza para el conjunto de la sociedad. Pero el sistema de asignación de recursos requiere la identificación individual del grado de pobreza de cada familia. Para ello se dispuso entonces la construcción de un Sistema de Identificación de Beneficiarios—SISBEN—basado en observación directa de los hogares. Con base en las encuestas nacionales se determinó un conjunto de 15 indicadores (como educación del jefe del hogar, tamaño de la familia, disponibilidad de agua potable, tamaño y composición de la vivienda) que permitía predecir el grado de pobreza del cualquier familia. La aplicación de la encuesta en cada municipio se definió como un requisito que debería cumplir el alcalde para recibir cualquier transferencia del gobierno central. Y se hicieron encuestas rigurosas de observación a más de 2 millones de hogares durante 1994 y 1995, que cubrieron prácticamente a los 10 millones de personas más pobres. En el proceso se emplearon casi 3 millones de dólares. Este sistema de identificación de beneficiarios resultó enormemente efectivo para identificar a las poblaciones más pobres del país, y su uso se ha extendido para la asignación de los subsidios en otras áreas, como vivienda o nutrición.

5.2 Los problemas de cambio institucional

La construcción del consenso político para una ley marco de los sistemas de salud es un logro importante, pues señalaba la dirección del cambio al conjunto de instituciones. Pero la reforma de los sistemas va mucho más allá. La ley marco debe ser acompañada del desarrollo de instrumentos técnicos que hagan posible concretar la filosofía de la reforma. El grupo de decisiones sistémicas y sobre cada uno de los agentes debe secuenciarse estratégicamente para maximizar la probabilidad de ocurrencia del proceso de cambio.

La literatura internacional sobre los sistemas de salud no provee mucha guía para planear un cambio de sistema. La teoría económica provee mejores instrumentos de análisis de estática comparativa de los resultados que instrumentos para el análisis de los procesos de transición de las instituciones. Por ello, el desarrollo estratégico del sistema, más que guiado por consideraciones propiasmente técnicas, fue desarrollado con intuición política. Para ello diferenciaré en los párrafos siguientes las decisiones sistémicas y las decisiones sobre cada uno de los agentes.

Para que, después de la ley 100, el nuevo sistema comenzara a funcionar, estimé que era necesario desarrollar unos 25 decretos reglamentarios. Bajo la dinámica normal de funcionamiento de las instituciones públicas, ello tomaría 2 ó 3 años. Estimé que, dada la dinámica política—muchos grupos de especialistas habían manifestado su oposición al cambio y el gobierno habría de cambiar en 8 meses—, tomarse tanto tiempo podría frustrar el desarrollo de la reforma.¹³ Por ello, la decisión estratégica fue desarrollar el máximo de la reglamentación en los ocho meses que restaban de gobierno, desarrollando los nuevos mecanismos de asignación de los recursos adicionales previstos por la ley y promoviendo rápidamente la formación de los nuevos agentes del sistema.

Con un equipo de trabajo de 15 personas (3 Ph. D. economistas, 5 abogados, 2 salubristas y 5 médicos) que se habían identificado en la elaboración de las propuestas que se discutieron en el Congreso, se prepararon las propuestas de cada reglamentación. Cada propuesta se llevó a la discusión del nuevo Consejo Nacional de Salud, cuya conformación se había acelerado para este propósito, y después los decretos fueron firmados por el Presidente de la República antes de terminarse el gobierno. La prioridad estuvo en la definición del sistema de capitalación, los mecanismos de redistribución de recursos, la definición de los planes de beneficios, la conformación de las EPS y las empresas solidarias y los mecanismos de identificación de beneficiarios. No logré obtener consenso sobre la definición del sistema de garantía de calidad y el tiempo no alcanzó para definir las reasignaciones de los recursos existentes y las modalidades de ajuste de las instituciones públicas previstas por el sistema. Al mismo tiempo, se contrató la asesoría de un grupo de la Universidad de Harvard, liderado por el profesor William Hsiao, para elaborar el plan maestro de implementación posterior de la ley, y para evaluar su desarrollo.

Este proceso acelerado de reglamentación de la ley resultó clave para su sostenibilidad posterior. Aunque el nuevo gobierno que entró en agosto de 1994 mostró ambivalencia sobre el desarrollo del nuevo Sistema, la dinámica de cambio generada en los nuevos agentes y recursos le representó una presión política imparable. Por ello, en el siguiente año, el gobierno no tomó mayores decisiones sistémicas. Con 3 nuevos ministros en 20 meses probablemente no tuvo ni tiempo ni capacidad de hacerlo. Tan sólo pospuso temporalmente la transición de los mecanismos de asignación de recursos para el régimen subsidiado.

Durante los últimos dos años, entonces, las dificultades han estado más centradas en las decisiones de transición de cada uno de los agentes del viejo sistema público. Y se configuró una dinámica de cambio no totalmente inesperada. Los nuevos agentes—las organizaciones comunitarias, las organizaciones privadas y las nuevas autoridades municipales—constituyeron la fuente dinámica del sistema, en algunos casos sobrerreaccionando a los nuevos incentivos. Los viejos agentes públicos—especialmente el Instituto de Seguros Sociales, las direcciones departamentales de salud y los hospitales públicos—, por el contrario, se han mostrado mucho más reacios al cambio. Esta dinámica mixta generó alguna duplicación de recursos y mayor lentitud de respuesta en la oferta, lo cual tendió a inflacionar los costos del sistema.

5.3 Los problemas políticos

Los problemas políticos de implementación de la reforma no han sido pocos. La expresión del conflicto político, por supuesto, depende mucho de la configuración de los actores del sistema en cada país y período de tiempo. En el caso colombiano, en el punto de partida de la reforma el grado de organización—sindical o empresarial—de los actores del sistema fue relativamente bajo y la mayor parte de los representantes reconocidos por tales actores tomaron asiento en el Consejo Nacional de Salud. Ello evitó conflictos corporativos grandes. Los

problemas políticos, más bien, han sido de otro tipo, casi todos derivados de la inestabilidad de los actores del sistema.

La duración promedio de los Ministros de Salud en Colombia en los últimos 25 años ha sido de 11.1 meses, no muy diferente al resto del continente latinoamericano. En los 20 meses desde la posesión del nuevo gobierno, han ejercido 3 ministros, casi el doble de lo esperado. La inestabilidad ministerial ha generado muy poca capacidad del gobierno para la dirección estratégica del sistema, pues los equipos técnicos no han tenido mucha continuidad. Esta inestabilidad ha traído consigo tres efectos. El primero ha sido prolongar la transición de las instituciones públicas que, siempre reacias al cambio, esperan de cada nuevo ministro una señal de oposición a la reforma. El segundo ha sido la inestabilidad y falta de credibilidad de algunas decisiones importantes. Por ejemplo, las decisiones sobre copagos del sistema han sido modificadas en 3 ocasiones, y la unidad de capitalación del régimen subsidiado fue modificada 3 veces durante 1995. El tercer efecto ha sido el espacio para el oportunismo de los actores que puede representar cada Ministro. Por ejemplo, el ministro inicial del actual gobierno—médico personal del Presidente de la República—trató de forzar el uso de los nuevos recursos del sistema para favorecer a los hospitales de tercer nivel y a los especialistas, induciendo inflación de costos.

No obstante, frente a la previsible inestabilidad ministerial se construyeron tres contrapesos. En primer lugar, la configuración de un Consejo Nacional de Salud, representativo y con período de 3 años, ha contrarrestado el exceso de iniciativa de los nuevos ministros; siempre proclives al Síndrome NIH (*not invented here*). En segundo lugar, la firma de 3 créditos con los bancos internacionales (Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo) ha generado compromisos por la reforma. Y finalmente, las visitas periódicas del grupo técnico de la Misión de Harvard han generado una voz crítica independiente. Por su creciente aceptación entre los actores del sistema, ha sido un factor importante para la consolidación de la reforma.

5.4 Algunas conclusiones

Los análisis comparativos de reforma de los sistemas de salud usualmente enfatizan las dificultades políticas a la implementación de las reformas. La experiencia colombiana indica que los problemas de orden técnico e institucional no son de menor importancia. Para reformas que utilicen agresivamente la pluralidad, los mercados y la competencia existe un número de parámetros críticos cuyo descumbrimiento se hace difícil con la información previa al nuevo sistema. No hay alternativa de generar estatutos legales e instancias de decisión que permitan procesos de ensayo y error hasta lograr soluciones satisfactorias. Para reformas sistémicas, el secuenciamiento de las decisiones globales y la especificación de los procesos de transición institucional resultan casi tan importantes como los principios y modelos ideales que se propone alcanzar. Finalmente, las dificultades de orden político no siempre son del orden macrocorporativo. La resistencia pasiva de la burocracia y la inestabilidad de los cargos decisores pueden ser igual-

mente importantes. La experiencia colombiana indica que, afortunadamente, no es imposible sobrepasar estas dificultades.

VI. Los Resultados de los Primeros Mil Dias

Como se ha visto a lo largo de esta exposición, desde 1993 Colombia ha entendido un proceso relativamente complejo de reforma a su sistema de salud. Ha pretendido desarrollar un sistema de competencia estructurada que recoge las nuevas ideas de *managed competition* y las traduce al ambiente de un país en desarrollo con más inequidad, menos capacidad administrativa y menor capital social. La reforma colombiana, que es relativamente compleja, se ha enfrentado con enormes dificultades de orden técnico y político para su implementación. Pero ha logrado sortear muchas de ellas con la información disponible y el uso intensivo de mucho sentido común. Aún no se han cumplido los mil días desde que el Congreso aprobó la ley. Una evaluación completa de los impactos sobre equidad y eficiencia, como lo requieren los economistas serios, deberá esperar probablemente muchos años.¹⁴ Pero la información disponible sobre ampliación de coberturas y desarrollo institucional es bastante reveladora.¹⁵

6.1 La ampliación de coberturas

La información disponible a mediados de 1996 indica que la ampliación de coberturas ha sido bastante rápida, tal como se muestra en el Cuadro 1.

La población afiliada al régimen contributivo aumenta en 8,2 millones de personas. Mientras el Instituto de Seguros Sociales captura la mitad de esta expansión, las nuevas EPS logran 3 millones de afiliados. Estos resultados son mucho más rápidos que los observados en Chile, a quien le tomó los primeros cinco años de reforma para que sus ISAPRES alcanzaran un millón de afiliados.

El nuevo sistema de seguridad social también se amplió rápidamente a la población más pobre. La información disponible indica que en este período se cubren con el paquete básico de salud casi cinco millones de personas. El 70% de ellas se vincula a través de las EPS del Sistema, especialmente en las ciudades. Más de un millón de personas se vincularon al sistema de cooperativas llamado Empresas Solidarias de Salud, especialmente en las zonas rurales. La extensión de la libre escogencia de sistemas integrados de medicina ha corrido en Colombia más rápido de lo observado en los programas americanos de *Medicaid* y *Medicare*.

Entre los dos regímenes, la cobertura se expande entonces en 13 millones de personas, lo cual es más de la tercera parte de la población del país. Con ello, Colombia supera el atraso que tenía en cobertura de seguridad social frente al promedio de América Latina. Paralelo con esto se observa una recomposición de los aseguramientos complementarios. La medicina de prepago decrece sustancialmente, al incorporarse sus miembros al sistema. Pero aproximadamente tres millones y medio de personas, probablemente las poblaciones con mayor capacidad de pago, aumentan su compra de planes y seguros complementarios de salud.

CUADRO 1

LOS RESULTADOS 1993-1996
Ampliación de la cobertura

	1993	1995	1996
I. Seguro social	5.0 (14,8%)	13.7 (39,1%)	18.0 (50%)
1. Régimen Mandatorio	4.8	10.7	13.0
ISS	4.2	8.5	9.0
Cajas Públicas	0.6	1.0	1.0
OAS	0.0	1.2	3.0
2. Régimen subsidiado	0.2	3.0	5.0
Organizaciones Cooperativas	0.2	1.0	1.5
Agencias Públicas	0.0	2.0	-
OAS	0.0	0.0	3.5
II. Seguro Privado	1.4 (4,1%)	2.1 (6,0%)	3.8 (10,6%)
Prepago	1.0	0.9	0.3
Planes Suplementarios	0.0	0.4	1.5
Seguro Tradicional	0.4	0.8	2.0

6.2 El desarrollo institucional y financiero

Paralelo a la rápida expansión de cobertura se ha dado un veloz desarrollo institucional en las entidades de dirección, así como en las entidades articuladoras y proveedoras de servicios de salud.

El Consejo Nacional de Salud se ha consolidado como la entidad rectora del Sistema, se ha reunido en más de 30 ocasiones y ha generado 20 acuerdos de política. Las entidades regionales han ganado gran autonomía en la gestión de la seguridad social en sus respectivas áreas. Después de evaluar su capacidad institucional y el montaje de sistemas de información se han certificado para el manejo autónomo de sus sistemas de salud 15 departamentos del país, en los que vive más del 80% de la población.

Desde 1993 se aprobó la creación de 25 Empresas Promotoras de Salud, 6 de ellas con carácter público, 7 sin fin de lucro y 12 con fin de lucro. La mayor parte de las nuevas EPS ha resultado de la transformación de entidades que previamente ofrecían servicios integrales a los empleados públicos, a las familias de los trabajadores de las empresas grandes o a los estratos más altos de la población a través de la medicina prepagada. Sin embargo 6 de las EPS representan actores completamente nuevos en el mercado, provenientes de cooperativas, de la federación de médicos, de empresarios del sector privado o de inversión extranjera (hay

joint-ventures con capitales chilenos, brasileños y español). La constitución de estas 25 EPS incorporó nuevo capital por un valor de 150 millones de dólares. Contrario a las expectativas, las EPS no se quedaron circunscritas a las grandes ciudades. Hoy en día, el 78% de los municipios del país cuentan con alguna EPS y más de 600 municipios cuentan con más de una EPS.

El desarrollo ha sido igualmente rápido en las entidades asociadas con el régimen subsidiado.

Se han constituido 149 cooperativas de usuarios de servicios de salud, 80 de las cuales prestan servicios a más de un millón de personas, especialmente en los pequeños centros urbanos y las zonas rurales no muy dispersas. Aunque el tama-

CUADRO 2

LOS RESULTADOS 1993-1994

Desarrollo Institucional

Consejo Nacional de Salud	6 públicas	
Organizaciones Articuladoras de los Servicios de Salud	7 sin fin de lucro	
25 OAS	12 privadas	
Capital	US\$ 150 millones	
78% del territorio (58% con múltiples alternativas)		
Cooperativas de Usuarios		
149 ESS (80 proveen servicios)		
Autonomía para las Autoridades Regionales		
15/33		
80% del total de la población		
Autonomía para los Hospitales Públicos		
35 nivel terciario (90%)		
86 nivel secundario (80%)		

ño medio de las empresas solidarias es de unas 3.000 familias, existen experiencias exitosas en zonas indígenas del Cauca y Tolima y en las zonas campesinas de Sabana de Torres e Ipiales que cubren 10.000 familias o más.

El desarrollo del sistema subsidiado en las grandes ciudades ha descansado más en el concurso de las EPS. El caso más interesante lo registra la ciudad de Santa Fe de Bogotá, donde 19 entidades (9 EPS, 6 Cajas y 4 ESS) han competido abiertamente para afiliar 560.000 personas pobres de los estratos sociales 1 y 2, prestando el plan de salud básico a cambio de un pago capitado. Es uno de los ejemplos más evidentes de *vouchers* en salud que se tenga noticia en el mundo en desarrollo.

El desarrollo empresarial de los prestadores de servicios también se ha desarrollado notablemente. El 83% de los 146 hospitales públicos de segundo y tercer nivel han cambiado su naturaleza jurídica para convertirse en Empresas Sociales del Estado. Mediante esta figura, los hospitales adquieren plena autonomía patrimonial, presupuestal y de contratación, conforman una junta responsable de la dirección del hospital, contratan gerentes profesionales y se comprometen al montaje de sistemas contables, de control administrativo y financiero, y de control de calidad.¹⁶ El desarrollo organizativo también ha sido notable en el montaje de más de 40 centros de salud de gran capacidad resolutive por parte de las EPS.

Finalmente, el sistema ha logrado movilizar recursos nuevos para el sistema de seguridad social del orden de 1.000 millones de dólares anuales. Puesto que probablemente una parte no despreciable de éstos sustituye gasto de las familias, el nuevo gasto de seguridad social en salud ha representado algo más de 1% del PIB en los últimos dos años. Puesto que el ritmo de desarrollo del régimen subsidiado en la población más pobre ha sido rápido, es bastante probable que la incidencia del uso de los recursos públicos haya aumentado sustancialmente su progresividad.

VII. Lecciones

La experiencia colombiana de reforma de los sistemas de salud presenta varias lecciones de importancia.

Desde el punto de vista conceptual, un esquema de reforma que busque adaptar las ideas de *managed competition* al ambiente tropical tiene enormes posibilidades.

El pluralismo estructurado que ha desarrollado Colombia es una modalidad concreta, combinando afiliación obligatoria (*mandatary*), competencia en la provisión integrada de paquetes universales de servicios de salud y mecanismos de distribución de recursos públicos que controlen el gasto global y mejoren la equidad en la asignación de recursos. Como una alternativa a las propuestas en boga de nacionalización, municipalización o privatización tiene enormes posibilidades en el orden técnico, y podría conjugar las fuerzas políticas que la hagan posible.

Del caso colombiano parece destacarse la importancia de concentrar la atención de la regulación estatal en incentivos simples y en entidades articuladoras de

prestación de servicios. El intento de desarrollar desde el Estado múltiples instancias de producción de diversos servicios o de generar esquemas muy sofisticados de pago tiene menos posibilidad de éxito. Organizaciones articuladoras como las EPS tienen el potencial de mediar más eficazmente la acción del Estado, e instrumentos como la captación—no exentos de problemas—son más potentes y fáciles de ejecutar. La velocidad con la que se ha desarrollado la reforma colombiana es una prueba de la enorme capacidad de respuesta de los agentes no gubernamentales a incentivos correctos.

El caso colombiano ilustra cómo modalidades tropicales de *managed competition* pueden servir, más que para controlar costos como se ha creído en los países desarrollados, para acelerar la extensión de las coberturas en países con bajo desarrollo de la seguridad social. De otra forma, con la baja capacidad de innovación de los tradicionales entes públicos de seguridad social un grado aceptable de universalidad tomaría demasiado tiempo. También ilustra cómo con la adecuada ingeniería financiera, la competencia estructurada puede ser una alternativa más eficaz de cubrir a la población más pobre que los esquemas tradicionales de asistencia pública. Para países donde el mercado potencial resulta tan grande, la experiencia colombiana parece ilustrar que los problemas de selección adversa y *cream-skimming* adquieren una relevancia menor como instrumento competitivo. Desde el punto de vista de implementación, el avance de la reforma colombiana también podría dejar algunas lecciones.

La teoría económica y los sistemas de información no han avanzado lo suficiente en temas como los ajustes de riesgo, o las definiciones de los planes de beneficios, como para tener respuestas contundentes y oportunas para el *policy maker*. No obstante, es posible desarrollar un enfoque pragmático de aproximaciones sucesivas, aún a costa de cometer errores que puedan corregirse en el camino. Hay un dicho colombiano que aquí adquiere toda su relevancia: "lo mejor es enemigo de lo bueno". Tan importante como las respuestas buenas, es la generación de mecanismos de decisiones que permitan identificar los errores y hacer las correcciones sin gran costo político y en forma oportuna.

Desde el punto de vista del secuenciamiento de las decisiones de reforma, el caso colombiano permitiría extraer dos lecciones. Primera, que los desarrollos acelerados de decisiones—de *big push*—pueden tener mayor probabilidad de lograr el éxito que las decisiones muy graduales que buscan, paso a paso, una resolución completa de cada uno de los problemas. Más que buscar equilibrios temporales, los reformadores de salud deberían buscar desequilibrios dinámicos que induzcan nuevas decisiones para la profundización del nuevo sistema. La segunda lección indica la importancia de abrir espacio rápidamente a los nuevos incentivos y a los nuevos agentes del nuevo sistema. Si las reformas se concentran en buscar exclusivamente la reasignación de recursos ya existentes, la reacción de los viejos agentes puede hacer demasiado conflictivo el proceso, prolongarlo en el tiempo o abortarlo. Si una sociedad valora el cambio de sus viejos sistemas de salud, probablemente deba pagar por ello.

Es probable que en los próximos años esperen tiempos más difíciles. Las poblaciones van a ser más exigentes en la calidad de sus servicios. Los provee-

dores públicos van a pagar un precio más alto por la lentitud de su aprendizaje y sus procesos de ajuste serán más dolorosos. Los recursos humanos van a resentir un desequilibrio entre las tendencias de su especialización y los requerimientos. Los trabajadores independientes y sus familias van a resultar más difíciles de incorporar al sistema. La capacidad de movilización de nuevos recursos va a llegar rápidamente a un tope. El veloz progreso de la transición demográfica y epidemiológica va a aumentar y a cambiar el perfil de la demanda por servicios. Sin embargo, de consolidar los logros obtenidos en sus primeros mil días, el modelo colombiano de *managed competition in the tropics* podría convertirse en un modelo interesante para ser estudiado y aplicado por otros países en desarrollo.

Notas

- 1 Para un diagnóstico más completo de América Latina, véase Juan Luis Londoño, *Is there a Health Gap in Latin America*, Working Paper, Technical Department for Latin America and the Caribbean, Washington, The World Bank, 1996.
- 2 Para una descripción más general de las características del pluralismo estructurado véase Juan Londoño y Frenk (1996).
- 3 De acuerdo con UNICEF (1996).
- 4 Con excepción de Omán y Egipto.
- 5 En efecto, sólo Honduras, Guatemala, El Salvador, Bolivia, Paraguay y Ecuador tenían en 1990 menor cobertura de seguridad social que Colombia. Y todos ellos tienen menores grados de desarrollo económico y social.
- 6 De acuerdo con las estimaciones para Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica y Uruguay en CEPAL (1994).
- 7 El recuento de las diferentes propuestas así como los procesos de negociación y conflicto alrededor de la propuesta de la ley se describen en Londoño y Parades (1994), y en Londoño y González (1994).
- 8 Dov Chernichovsky ha llamado a éste un modelo de dos mercados, por afiliación de poblaciones el primero, y por configuración de proveedores el segundo.
- 9 La ley también prevé la constitución de un fondo de reaseguramiento para las enfermedades catastróficas, que no ha sido implementado.
- 10 Escobar (1990).
- 11 El riesgo relativo, con el promedio como 100 resultó así:
edad 0-1: 2.15
edad 1-4: 1.48
edad 5-14: 0.74
edad 15-44:
hombres: 0.35
mujeres: 1.12
- 12 Con densidad poblacional de menos de 2 personas por kilómetro cuadrado.
- 13 En aquel entonces éramos conscientes de las dificultades de implementación de las reformas de Holanda y del Perú.
- 14 La mejor evaluación del avance de la reforma colombiana fue realizada por Harvard University, Colombia Health Care Reform Project Team (1996).
- 15 La información aquí presentada se basa parcialmente en el informe de Harvard citado en la nota anterior y en entrevistas con los directores del Ministerio de Salud, la dirección del Instituto Colombiano de Seguridad Social, la Asociación de Entidades de Medicina Integral, algunos directores locales de salud y un analista independiente.
- 16 Uno de los créditos con el Banco Interamericano de Desarrollo tiene por objeto el apoyo financiero y técnico al logro de la autonomía de estos hospitales.

Referencias

- CEPAL (1994). *Panorama Social de América Latina*, Santiago de Chile, CEPAL.
- ESCOBAR, MARIA LUISA (1990). *The Demand for Health Services in Colombia*, Ph. D. Dissertation, Rice University.
- HARVARD UNIVERSITY. Colombia Health Care Reform Project Team (1996). *Reform and Proposed Master Implementation Plan*, Boston, School of Public Health, Report on Colombia Health, marzo.
- LONDOÑO, JUAN LUIS (1996). *Is There a Health Gap in Latin America*, Washington, The World Bank, Technical Department for Latin America and The Caribbean, Working Paper.
- LONDOÑO, JUAN LUIS y JULIO FRENK (1996). *Structured Pluralism: Toward a New Model of Health Reform in Latin America*, Washington, The World Bank, Technical Department for Latin America and the Caribbean, Working Paper.
- LONDOÑO, JUAN LUIS y NELCY PAREDES, eds. (1994). *La Reforma de la Seguridad Social*, Santa Fe de Bogotá, Ministerio de Salud, 3 tomos.
- LONDOÑO, JUAN LUIS y EDGAR GONZALEZ, eds. (1994). *La Ley 60 y la Descentralización de los Servicios de Salud*, Santa Fe de Bogotá, Ministerio de Salud.
- MURRAY, CHRIS II. (1995). "Quantifying the Burden of Disease: The Technical Basis for Disability-Adjusted Life Years". En: C.J.L. MURRAY y A.D. LOPEZ, *Global Comparative Assessments in the Health Sector*, Geneva, WHO.
- UNICEF (1996). *Informe Mundial de la Infancia*, Nueva York, Unicef.