



Universidad de Antioquia
Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública
revfnsp@caribe.udea.edu.co
ISSN 0120-386X
COLOMBIA

2001

Sara Yaneth Fernández M. / María del Pilar Pastor D.

**PROYECTO MUNICIPIOS CENTINELA: EVALUACIÓN DEL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.**

COLOMBIA, 1955-1998

Revista Facultad Nacional de Salud Pública, enero-junio, vol. 19, número 1

Facultad Nacional de Salud Pública

Medellín, Colombia

pp.9-23.



Red de Revistas Científicas de América Latina y El Caribe
Ciencias Sociales y Humanidades
<http://redalyc.uaemex.mx>

Proyecto Municipios Centinela: Evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Colombia, 1995-1998*

*Sara Yaneth Fernández M.¹
María del Pilar Pastor D.²*

Resumen

El Proyecto Municipios Centinela, coordinado por el Ministerio de Salud a través del Programa Sistemas Municipales de Salud y financiado con recursos de crédito del Banco Interamericano de Desarrollo, es una fase más desagregada del Plan de Evaluación, el cual pretende ofrecer una guía para construir un sistema de información flexible y eficiente y dar respuesta en el corto y mediano plazo a las necesidades de información para la toma de decisiones en diferentes sectores del desarrollo. La presente investigación tuvo como propósito una rápida evaluación de los resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el período comprendido entre 1995

y 1998, en localidades concretas con características similares al conjunto de los municipios colombianos clasificados en categorías 5 y 6, en lo que hace referencia a condiciones socioeconómicas, geográficas, demográficas e institucionales y con un grado importante de marginación social. En el estudio se utilizó la metodología de observatorios municipales, previa selección de municipios considerados centinela, articulándola a la metodología de marco lógico que incluye análisis de factores; todo el proceso fue enriquecido con el apoyo de métodos de investigación cualitativa. El estudio se realizó simultáneamente en 14 municipios del país, ubicados en los departamentos de Antioquia, Atlántico, Boyacá, Caldas, Cauca,

* Publicación autorizada por el Ministerio de Salud de Colombia.

1 Trabajadora Social Universidad Nacional, Maestra en Estudios de Población El Colegio de la Frontera Norte, Tijuana México, docente investigadora Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez, Universidad de Antioquia. E-mail: sparta@guajiros.udea.edu.co.

2 Enfermera Universidad de Antioquia, Magíster en Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez, docente investigadora Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

Cundinamarca, Huila, Nariño y Sucre. Este artículo presenta la metodología y los resultados obtenidos en 5 de los 14 municipios del estudio: Betulia y Yolombó de Antioquia, Toluviejo de Sucre, Piojó y Ponedera del Atlántico, los cuales correspondieron al convenio suscrito entre la Secretaría Ejecutiva del Convenio Andrés Bello (SECAB) y la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.*, **

Palabras clave

Observatorio Municipal, municipio centinela, evaluación, reforma, Sistema General de Seguridad Social de Salud, marco lógico, análisis de factores, cobertura, eficiencia, equidad, solidaridad, calidad.

Abstract

The Sentinel Municipality Project, which has been coordinated for the Health Ministry through the Municipality System of Health Program and has been financed with credit resources from the Interamerican Development Bank, is a specific component of the evaluation plan of the reform. Such project pretends to give a guide for making a flexible and efficient information system to get answers in the short and medium time to the information needs for taking the decisions in different development sectors. The present research pretends a fast evaluation of the results of the Health and Social Security General System from 1995 to 1998, in specific locations with similar characteristics to the group of Colombian municipalities classified between levels 5 and 6, and to review the socioeconomic, geographical, demographic and institutional conditions of each locality including social margination grade. The study used the Municipalities Observatories Methodology with a previous selection of the municipalities considered sentinels, and it also articulated the methodology of logic frame which included fac-

tor analysis. This process was enriched with support of qualitative research method. The study was simultaneously made in 14 municipalities of the country, located in these departments: Antioquia, Atlántico, Boyacá, Caldas, Cauca, Cundinamarca, Huila, Nariño, and Sucre. This article shows the methodology and results profits in 5 of the 14 municipalities of the study: Betulia and Yolombó of Antioquia Department, Toluviejo of Sucre Department, and Piojó and Ponedera, of Atlántico Department. Those municipalities were included in accordance between the Executive Secretary of the Andrés Bello, agreement SECAB, and the National School of Public Health of Antioquia University.

Key words

Municipality observatory, sentinel municipality, evaluation, reform, logic frame, factor analysis, Integrated Social Security System, solidarity, covering, equity, efficiency and quality.

* Integrantes del equipo: Édison Barrios V (coordinador), Efraín Botero R, Blanca Myriam Chávez G, Sara Yaneth Fernández M, Juan Darío García L, Beatriz Ortiz U, María del Pilar Pastor D y Álvaro Quintero P.

** Los municipios restantes fueron abordados por la Universidad Nacional: El Bordo (Cauca), Guadalupe y Rivera (Huila), La Cruz (Nariño) y por la Pontificia Universidad Javeriana: Samacá y Ramiriquí (Boyacá), Nemocón y San Juan de Río Seco (Cundinamarca) y Pensilvania (Caldas), con las cuales la SECAB suscribió convenios similares.

Introducción

El proyecto Municipios Centinela se desarrolló en los municipios de Tolúviejo en el departamento de Sucre, Ponedera y Piojó en el departamento del Atlántico y Betulia y Yolombó en el departamento de Antioquia, durante 1998. Responde a la necesidad de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de realizar una evaluación rápida del cumplimiento de sus objetivos¹ —solidaridad, cobertura, equidad, eficiencia y calidad— haciendo uso de elementos de investigación cualitativa y cuantitativa, tales como observatorios de casos centinelas, matriz de marco lógico, observación participante, grupos focales y una mezcla de elementos formativos (procesos) y acumulativos (resultados e impacto).² La matriz de resultados diseñada permitió identificar los problemas de gobernabilidad en cada municipio.

Los resultados del estudio se presentan teniendo en cuenta las cinco macrovariables del proyecto: cobertura, calidad, eficiencia, equidad y participación social.³ Inicialmente, se describe el contexto socioeconómico y demográfico de los municipios y luego, el análisis cuantitativo de la información obtenida y el cualitativo según las categorías establecidas por factores explicativos, internos y externos al sistema, locales y supralocales, coyunturales y estructurales.

Finalmente, se plantean las conclusiones que dan cuenta de la realidad en la que se ha desarrollado el SGSSS en estos municipios, sus potencialidades y limitaciones y se formulan recomendaciones que podrían contribuir a reorientar el sistema, con el fin de lograr los objetivos propuestos.

Metodología

El Proyecto Municipios Centinela se ajusta más a una evaluación de resultados e im-

pacto que a un monitoreo del desarrollo de la reforma.^{4,5} Para ello se hizo uso de las siguientes metodologías.

Metodología de observatorios

Corresponde a estudios fundamentados en pocos casos abordados con profundidad, para comparar entre ellos situaciones comunes que puedan indicar en un momento determinado variaciones en el comportamiento de las variables objeto de estudio. Es una metodología caracterizada por observaciones sistemáticas que se hacen a un conjunto de casos previamente seleccionados, con el propósito de identificar señales de alarma sobre el comportamiento del objeto observado, y requiere para su desarrollo de instrumentos estandarizados que garanticen la comparación de los casos a un bajo costo.

Sus resultados y conclusiones pueden ser aplicables en el conjunto de los casos seleccionados o en aquellos que reúnan características similares y no pueden extrapolarse a otras poblaciones, salvo el cumplimiento de los criterios preestablecidos; por tanto, sus resultados constituyen indicios y no generalizaciones aplicables en todos los casos.⁶

Marco lógico y análisis de factores

Esta metodología facilitó la comparación entre los diferentes municipios del estudio y permitió la identificación de los factores internos y externos, locales y supralocales, que favorecían o dificultaban la obtención de los resultados propuestos en la situación objeto de estudio. Se representa en una matriz de resultados para su análisis en orden jerárquico, objetivo por objetivo y estableciendo los supuestos que contribuyen a esclarecerlos.

La combinación de los resultados obtenidos para cada objetivo y sus factores explicativos dio una idea general de la gobernabilidad del sistema, interpretando como alta su ca-

pacidad para tomar decisiones, de tal forma que sus avances o problemas son explicados por factores coyunturales.^{7,8} Como complemento a este panorama se obtendría una baja gobernabilidad cuando el sistema no tiene capacidad para resolver situaciones críticas debido a que su origen se explica en los factores de tipo estructural.

Metodologías cualitativas de apoyo

Son estrategias de trabajo aplicadas en campo para recuperar, desde los diferentes actores sociales, las percepciones, imaginarios y representaciones relacionadas con el problema abordado por el estudio. Están orientadas a la comprensión de la realidad social y de sus diferentes tipos de estructuras sociales y culturales, desde las siguientes perspectivas:^{9,10}

- *Fácticas*: consideran los hechos, individuales o colectivos.
- *Significativas*: contemplan los discursos, las representaciones y los sistemas de signos y símbolos de la realidad, articulados por los individuos y los colectivos.
- *Motivacionales*: consideran las fuerzas motrices, los deseos, la intencionalidad y el sentido de la acción a los cuales responden el individuo y el colectivo y explican en sí mismas la acción social.

Las metodologías utilizadas facilitaron el trabajo interdisciplinario, para lo cual se llevó a cabo un proceso de capacitación que buscaba la estandarización y el apoyo del equipo a lo largo de cada una de las etapas del trabajo:^{11,12} la etapa exploratoria en terreno, el trabajo de campo, la entrega de resultados y el cotejo de la información.

Observación participante

Su uso implica la interacción entre el observador y el grupo objeto de estudio; es un re-

gistro visual de la realidad, en el cual el observador debe intervenir directamente en las actividades y en la cotidianidad del grupo, resultado de lo cual clasifica y consigna los acontecimientos de acuerdo con un esquema previsto.

Diseño de la observación

Se realizaron los contactos preliminares con las autoridades locales, concertando agendas de trabajo, tiempos, personal y materiales requeridos, previa presentación del proyecto.

En el trabajo de campo se incluyó la ambientación y la contextualización para facilitar la selección de los auxiliares responsables de la recolección de información; este proceso permitió el conocimiento del lenguaje y de los modismos de la zona, a partir de las preguntas formuladas inicialmente y de las hipótesis de trabajo que animaron la observación.

Grupos focales

En este método se combinó la observación con la moderación. Los grupos focales estuvieron constituidos por representantes de los diferentes actores del SGSSS; se inició el trabajo de grupo lanzando una o dos preguntas abiertas sobre el funcionamiento del actual sistema a partir de su implementación en el municipio. Se exploró la posibilidad de respuesta, con una intervención mínima de los investigadores, permitiendo que el grupo fluyera solo y definiera en qué momento se agotaba el tema.

Diario y notas de campo

Es un registro de observaciones, una anotación diaria, sistemática y continua de actividades; su objetivo primordial es apoyar el análisis y la redacción del informe final. Para el trabajo de campo se llevaron a cabo las siguientes tareas y etapas:

- *Selección, capacitación y entrenamiento de los encuestadores.*
- *Verificación del levantamiento de la información.*
- *Informe, registro y envío de la información.*
- *Balance parcial, concertación de cronograma de tercera visita.*
- *Elaboración del informe del trabajo de campo.*
- *Confrontación del informe final con los actores locales. Tercera visita.*

Resultados

Para el análisis amplio de estos resultados, recomendamos al lector remitirse a los documentos del informe final del proyecto municipio centinela, disponibles en el Ministerio de Salud y en la Facultad Nacional de Salud Pública, por esa razón omitiremos los cuadros y tablas en el presente documento.

Análisis sociodemográfico de los municipios del estudio

Los indicadores sociodemográficos básicos del estudio se obtuvieron de la información oficial proporcionada por las direcciones locales de salud, las encuestas de acceso aplicadas, el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.¹³ El Departamento Nacional de Estadística (DANE) proporcionó la cartografía actualizada de los municipios con la cual fue posible hacer el levantamiento de la información necesaria para el muestreo y las encuestas.

Puede advertirse que los municipios analizados corresponden a los departamentos de Antioquia, Atlántico y Sucre, todos ellos con niveles 5 y 6 de desarrollo socioeconómico, lo cual quiere decir que tienen alto porcenta-

je de población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) (69,4% Tolúviejo, el más alto, hasta 43,5%, Yolombó) ligado a problemas de acceso a servicios públicos básicos, como agua potable y alcantarillado y a altos porcentajes de analfabetismo, relacionados con la elevada concentración de la población en el área rural de todos los municipios.

En estos municipios, la base de la economía es la agricultura a la cual se agrega la ganadería en la costa Atlántica, seguida del comercio en pequeña escala. En Betulia, la agricultura llega a ocupar el 81% de la población trabajadora, seguida por la rama de servicios con el 39% en Tolúviejo, conocido corredor turístico de la zona Tolú-Coveñas. Ambos sectores se caracterizan por tener altos niveles de informalidad en la contratación y por ser estacionales, lo cual se corresponde con los datos obtenidos de población que gana menos de un salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV), cuyos porcentajes oscilan entre el 49 y el 82%.

El nivel de empleo apenas supera el 40% en tres de los casos analizados, del cual el sector privado genera la mayor parte, lo que sumado a la base de la economía, hace que en algunos municipios aparezca el trabajo por cuenta propia o del trabajador en su propia finca como un tipo importante de empleo, y que sea prácticamente inexistente la figura del patrón o empleador. El municipio que presentó la mayor proporción de trabajadores del total de población en edad de trabajar fue Betulia, con 49,6% y la menor proporción se encontró en Ponedera. Entre el 45,9 y el 82,9% de los trabajadores encuestados son jornaleros y una baja proporción son trabajadores familiares sin remuneración. Con respecto a las tasas de desempleo, las más bajas se presentan en los municipios antioqueños de Betulia y Yolombó (0,72 y 5,26% respectivamente). En los datos anteriores se evidencia la precariedad de las con-

diciones de vida de la población objeto del sistema.

Según las últimas fuentes oficiales, en los cinco municipios estudiados más del 80% de la población corresponde a menores de 49 años, es decir, jóvenes y adultos en edad plenamente productiva y reproductiva y por tanto, con necesidades específicas en materia de educación, empleo y salud.

Organización del sistema en el nivel local

Al momento del estudio los municipios de Ponedera y Toluviéjo no se habían certificado* y sólo las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de Betulia y Yolombó habían sido transformadas en empresas sociales del estado (ESE) del orden municipal. El proceso de certificación para estos municipios, requisito básico para ser declarados descentralizados en salud y administrar de manera autónoma los recursos del sector, se asumió como un sumario de requerimientos de ley sin que existiera la transformación interna en términos del desarrollo de la capacidad de gestión del sistema en el orden municipal.

La prestación de servicios de salud estaba a cargo de IPS estatales en condiciones de monopolio natural. En relación con el aseguramiento, en los municipios de Piojó y Ponedera es bajo el número de EPS, sin embargo, dado el tamaño de la población, no puede esperarse competencia ni entre IPS ni entre aseguradoras.

Para los años 1995 y 1996, no se pudieron obtener datos completos para la construcción de indicadores sobre aseguramiento, ya que en algunos de estos municipios la aplicación del Sistema de Selección de Benefi-

ciarios (Sisbén) y la focalización como parte del funcionamiento del régimen subsidiado se inició a finales de 1996 y en otros, como Ponedera, en 1998. Se evidenciaron en el municipio de Yolombó inconsistencias entre las poblaciones totales, según NBI calculadas por el DANE y los datos arrojados con la aplicación del instrumento del Sisbén: en 1996 el DANE calculó una población de 16.500 habitantes y la aplicación del Sisbén arrojó una cifra de 26.100.

Coberturas de acceso a los servicios y equidad en el SGSSS

Las coberturas de aseguramiento en el SGSSS en 1996 y 1997, para los regímenes contributivo y subsidiado en tres de los municipios de estudio, muestra que hay evidencia de incremento en las coberturas para ambos regímenes. Es importante tener en cuenta que, para estos municipios, la población NBI calculada por el DANE podría estar subestimada, lo que generaría un indicador de cobertura sobrestimado en el régimen subsidiado por efectos del denominador. Por parte de los dos municipios no certificados, Toluviéjo presentó la cobertura de afiliación más baja y Ponedera aún no había iniciado el desarrollo del régimen subsidiado en 1997.

De acuerdo con la encuesta de acceso, utilización y percepción de los servicios de salud, se encontraron coberturas muy distintas en los municipios, que van desde el 24,5% en Ponedera hasta el 72,68% en Piojó. Las mayores coberturas en el área urbana se registran en tres de los cinco municipios, situación que contrasta con la proporción de población urbana, pues mientras en todos los municipios (excepto Ponedera) se observa un alto porcentaje de población residente en

* El municipio de Toluviéjo fue certificado durante los años 1995 y 1996, recibiendo recursos para salud del situado fiscal de la Nación. Sin embargo, no se encontró información sobre la destinación de los mismos.

el área rural, las mayores coberturas de aseguramiento aparecen en el área urbana. En el municipio de Ponedera hay mayor proporción de población en el área urbana, sin embargo, las mayores coberturas de afiliación se observan en el área rural. Estas situaciones podrían ser generadas por ineficiencia local en las asignaciones y pueden tener como resultado inequidad en el SGSSS.

Sobre los regímenes de afiliación de los municipios se puede afirmar que la afiliación del régimen subsidiado se concentra en el área rural (65,9% en Ponedera, 81% en Yolombó), mientras que en el régimen contributivo la afiliación es mayor en área urbana (50,9% en Betulia y 69% en Yolombó), excepto en Ponedera (con el 48,6%).

En los regímenes especiales —magisterio, fuerzas armadas— el comportamiento de la afiliación es heterogéneo: hay dos municipios con mayor concentración en el área urbana (Ponedera 84,2% y Piojó 78,6%), mientras los restantes concentran estos regímenes en el área rural (Toluviejo 66,7%, Betulia 88,9% y Yolombó el 100%). Los no afiliados al SGSSS se encuentran en un mayor porcentaje en el área rural, que oscila entre el 53,7% en Piojó y el 86,9% en Yolombó. La excepción es Ponedera, donde alcanza el 55,4% en el área urbana. Se encontró que un alto porcentaje de los afiliados a regímenes especiales son los maestros. La información anterior sugiere inequidad en la afiliación al sistema, tanto desde la relación cobertura urbano-rural, como en la afiliación por regímenes en los municipios estudiados.

Del total de población en edad de trabajar, el porcentaje que se encuentra trabajando oscila entre 36,5 y 49,6%, cifras que se encuentran muy por debajo de la tasa nacional de empleo; adicionalmente, con excepción del municipio de Piojó, del total de trabaja-

dores, se encontraban afiliados a la seguridad social en salud menos del 40%, situación que puede ser explicada por la estructura de empleo de estos municipios, en la cual prima la informalidad y, por ende, los empleadores que no afilian a sus trabajadores al SGSSS. Puede deducirse que en todos los casos es muy probable identificar problemas de evasión y elusión del sistema, lo que por supuesto afecta directamente su estabilidad financiera.

Con relación a la prestación de servicios en los programas de prevención, sólo se encontraron datos en los municipios de Piojó y Betulia, los cuales registran bajas coberturas, lo que sugiere que aunque el sistema ha asignado recursos para promoción y prevención, éstos no se han ejecutado de manera adecuada ni articulada. Por otra parte, las direcciones locales de salud (DLS) donde han formulado el Plan de Atención Básica (PAB), no reflejan el desarrollo de una política de promoción y prevención que contribuya al mantenimiento de la salud de la colectividad.

Se encontró mayor acceso real a los servicios de salud en las personas afiliadas al SGSSS que en las no afiliadas. Este comportamiento del acceso real se sigue evidenciando cuando se comparan los afiliados al régimen subsidiado y los no afiliados y podría demostrar que el aseguramiento es un mecanismo efectivo para disminuir barreras de acceso económico, más aún si se tiene en cuenta que comparando afiliados con no afiliados, fue en estos últimos donde se encontró como principal causa de no consulta la falta de dinero y, adicionalmente, los que mayores gastos de atención reportaron.

Del total de personas que se sintieron enfermas y no consultaron, el mayor porcentaje corresponde al grupo de no afiliados, con excepción del municipio de Piojó, en el cual la distribución porcentual entre afiliados y no

afiliados es similar (51,56 y 48,44% respectivamente). Las principales razones de no consulta fueron la disponibilidad económica y la distancia del centro de atención al hogar de los usuarios, lo que permite ratificar que existen barreras económicas para acceder a los servicios de salud del sistema y que éstas son más notables entre quienes no se encuentran afiliados.

En los cinco municipios del estudio no se encontraron diferencias significativas en el acceso real según zona de residencia, siendo ligeramente superior para el área rural en los municipios de Ponedera y Betulia y menor en el resto. Vale la pena destacar que el corregimiento de Altamira, en Betulia, sí dispone de un centro de salud con camas para hospitalización y atención médica 24 horas.

Según tipo de afiliación, hay deficiencias de acceso a todos los medicamentos en los afiliados al régimen subsidiado (RS) en los municipios de Piojó y Ponedera. Lo anterior podría explicarse por formulaciones fuera del plan obligatorio de salud (POS), por restricciones de medicamentos arbitrarias de las administradoras del régimen subsidiado (ARS) o porque en las farmacias contratadas por las ARS no cuentan con la adecuada disponibilidad de medicamentos. Las mayores proporciones de acceso a medicamentos se encontraron, en todos los municipios, en los afiliados a los regímenes contributivo o especial, lo cual es coherente con la capacidad de pago de las personas afiliadas a estos y con la capacidad que pueden tener para exigir el cumplimiento de sus derechos a las IPS o a las aseguradoras.

A pesar de no acceder al servicio por falta de recursos económicos, el bajo porcentaje de los no afiliados que acceden a los servi-

cios tiene mayor acceso a los medicamentos que los afiliados al régimen subsidiado; esto se explica por la necesidad de buscar los recursos económicos para atender una situación de salud crítica.

Al analizar las coberturas totales de afiliación de los municipios de estudio se observa que éstas son bajas en los municipios de Antioquia, sin embargo el acceso efectivo y el acceso a medicamentos es mayor. Podría presumirse entonces que el sistema les resuelve los problemas de salud a las personas afiliadas. Para el caso de la costa Atlántica, la mayor cobertura en el municipio de Piojó, sin embargo mantiene unas proporciones de acceso efectivo y de acceso a medicamentos más bajas que en los municipios de Antioquia; en consecuencia, el sistema no está resolviendo la demanda de servicios de sus afiliados.

Lo anterior pone en consideración el hecho de si es o no justificable ampliar la cobertura de afiliación al sistema para los usuarios sin asegurarles acceso efectivo a los servicios de salud y a los medicamentos. Esta situación se opone al principio de calidad del sistema que establece la garantía a los usuarios de la integralidad y la oportunidad del servicio, entre otras.*

Derechos y deberes de los usuarios

El reconocimiento de los derechos y el ejercicio de los deberes podría estar relacionado con los mayores o menores niveles de cobertura y acceso a servicios de salud en una determinada población y, por ende, con el grado de equidad del SLSSS.

Según la encuesta de acceso, utilización y percepción de los servicios de salud, a una proporción importante de usuarios no se les da la oportunidad de hacer preguntas durante

* Ley 100 de 1993, artículo 194.

la atención, ni de participar en las decisiones sobre su tratamiento, siendo más notoria la situación entre quienes se encuentran afiliados al régimen contributivo. Estas deficiencias podrían tener un efecto negativo en la equidad y la calidad de la atención; sin embargo, estos resultados también podrían estar relacionados con el nivel social y educativo de los usuarios, la capacidad de comunicación de los médicos y la organización de los servicios de salud, sobre el supuesto de que tienen menor necesidad de información quienes tienen mayor capacidad de pago pero que esta población no debe tomar parte en las decisiones acerca de su tratamiento, es decir, desconociendo el principio ético de autonomía de los usuarios de los servicios de salud.

Por otra parte, una proporción considerable de usuarios no reconoció todos los beneficios a los que tiene derecho por pertenecer al sistema, lo que evidencia la insuficiente o inefectiva información a los afiliados por parte de las aseguradoras y, por ende, un incumplimiento de una de sus más importantes funciones.

Lo anterior puede explicar la baja proporción de usuarios que eligen libremente la IPS y el médico tratante cuando solicitan atención, siendo más notoria la problemática en los municipios de la costa Atlántica, situación que es coherente con el estado de monopolio natural en que se prestan los servicios de salud en todos los municipios y con el desconocimiento de los deberes y derechos por parte de los usuarios.

En cuanto al ejercicio de la participación ciudadana, se encontraron muy bajos niveles, evidenciados por las escasas sugerencias o quejas que presentan los usuarios a los cen-

tros de atención, las pocas organizaciones comunitarias existentes y por su escasa participación en dichas organizaciones, lo cual puede incrementar las dificultades de acceso al sistema. Sin embargo, este aspecto no tiene ninguna diferencia según el tipo de régimen de afiliación del usuario.

Los anteriores hechos podrían estar relacionados con la poca promoción que el sistema hace de estas actividades y la poca motivación que tiene la colectividad para participar en los procesos del sistema,* lo cual podría estar generando dificultades de acceso —en especial a los servicios de salud—, poco estímulo para que las IPS mejoren la calidad de los servicios y ausencia de mecanismos efectivos de vigilancia y control de abajo hacia arriba.

En los municipios del estudio no están organizadas ni consolidadas las veedurías ciudadanas en salud, ni las juntas de usuarios, ni los comités de participación en salud, sólo hay líderes comunitarios de otros procesos, pero no en salud. Todo esto demuestra el incumplimiento de los principios constitucionales y de la Ley 100 relacionados con la participación ciudadana y con el proceso de descentralización municipal.

Entre las razones de no participación, la falta de tiempo y de interés primaron sobre otras razones que reflejan la falta de motivación de los usuarios para una vinculación activa al proceso, reflejando un grado de desinformación importante sobre los mecanismos de participación, a lo que se añade el desconocimiento de la reglamentación, las leyes, los decretos y los acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), que constituyen la normatividad

* Estas afirmaciones se hacen con base en los planteamientos hechos por los participantes en las reuniones para análisis de resultados del estudio en los distintos municipios.

del sistema por parte de las autoridades locales encargadas de su aplicación.

Calidad

El SGSSS pretende superar el objetivo de cobertura universal y avanzar hacia el mejoramiento de la calidad de los servicios. En general, en los cinco casos analizados, más del 80% de los usuarios calificaron como excelente o buena la atención recibida, sin mostrar diferencias significativas según zona de residencia. Esta calificación es congruente con la proporción de usuarios que reportaron que volverían a utilizar los servicios y que recomendarían a otras personas los servicios utilizados.

No obstante lo enunciado, los altos niveles de satisfacción expresados no son congruentes con las deficiencias de oportunidad y de suministro de información a los usuarios, especialmente en explicación del tratamiento y cuidados posteriores a la consulta. Frente a los tiempos de espera, el comportamiento por regímenes registra los tiempos más altos para los regímenes especiales en el caso de Piojó y para el régimen contributivo en el municipio de Yolombó, para los demás municipios puede decirse que los mayores tiempos de espera se observan en los afiliados al régimen subsidiado y los no afiliados. No se encontraron diferencias significativas según lugar de residencia.

Lo anterior podría explicarse, en parte, por las pocas oportunidades que en estos municipios tienen los usuarios para comparar distintos oferentes, quienes —si se tiene en cuenta la asimetría de información existente entre éstos y los proveedores de servicios— no tendrían elementos para evaluar objetivamente la atención. Una vez más se encuentran evidencias de inequidad, en este caso relacionadas con la capacidad de pago y la calidad de la atención por regímenes.

Eficiencia

Suficiencia de recursos

Este indicador expresa la proporción de recursos financieros generales con que cuentan los municipios para afiliar población pobre. Los municipios analizados muestran el incremento gradual de recursos, que para 1997 sigue siendo muy bajos comparados con los recursos necesarios para la afiliación al régimen subsidiado. La información para Yolombó y Betulia presenta subestimación de la población y de los recursos públicos; para Tolúviejo no había información disponible.

Se evidencia la inequidad del sistema si se supone que la asignación de los recursos se realiza de acuerdo con la proporción de población pobre (NBI). Estos municipios corresponden a las categorías 5 y 6, las más pobres de acuerdo con la clasificación del DNP; por tanto se esperaría que la asignación de los recursos para subsidio fuera más homogénea.

Eficiencia local en la asignación de recursos

La eficiencia local se refiere a la asignación de los recursos como un indicador que muestra el nivel de ejecución de los recursos totales de los municipios a partir de los recursos programados. Sólo se encontró información disponible para los municipios de Yolombó, Ponedera y Piojó para poder calcularlo. Los resultados obtenidos muestran una baja ejecución presupuestal en los tres casos mencionados, y es más notoria en los años 1995 y 1997. Esta situación permite suponer que la programación de los recursos en los municipios no se hace con base en datos reales tanto para presupuesto de ingresos como para el de gastos, o porque no se reciben los ingresos programados, o bien porque éstos, una vez se reciben se desvían para otros fines. Si esto es así, significa que no se está cumpliendo con el plan de salud propuesto y

aprobado, y por ende, tampoco se alcanzan los objetivos del SGSSS.

Eficiencia técnica

La productividad del recurso humano en las IPS de los municipios de estudio presenta resultados según el nivel de desarrollo institucional alcanzado. En efecto, Betulia y Yolombó (municipios certificados) presentan para consulta médica, incluyendo urgencias, disminución apreciable de la productividad para los años de estudio. La productividad en consulta odontológica disminuyó levemente, área que no parece estar afectada por la certificación o no de los municipios. La situación es inversa para Piojó, que fue certificado desde fines de 1997, y Ponedera, donde dicha productividad para las mismas actividades se incrementó notablemente.

Dentro de los factores que pueden explicar este fenómeno se puede mencionar el control externo que tienen los municipios no certificados, así como su falta de autonomía financiera. Por otra parte, el incremento del ahorro propio y la autonomía financiera y administrativa en los municipios certificados han podido influir en una sobreoferta del recurso humano, como es el caso de Yolombó entre 1996 y 1997; además, en estos municipios existe dificultad de acceso al área rural, por tanto la consulta médica y odontológica en estos sectores implica mayor inversión de tiempo en los desplazamientos del personal, lo que disminuye la productividad del recurso humano. También se puede inferir que desde el momento de la implementación del SGSSS el Sistema de Información en Salud ha venido desmejorando sistemáticamente.

Evaluación de la equidad intermunicipal del SGSSS

Otra manera de analizar la equidad es comparando las transferencias de recursos per cápita para subsidios en salud (según pobla-

ción NBI) y el valor de la UPC-S. Se encontró que en todos los municipios se elevaron las transferencias por persona pobre durante el período de estudio (Betulia sólo dispone de datos para 1997). Sin embargo, para todos los casos, éstos son muy inferiores al valor real de la UPC-S, lo que se corresponde con las coberturas de afiliación encontradas, excepto en el municipio de Yolombó en donde ocurre el caso contrario para el año 1996, explicado por el problema de subestimación de la población. Todo esto demuestra que hay inconsistencias entre los objetivos del sistema y su financiación.

Evolución real de los ingresos y gastos de las IPS

Todas las IPS con información disponible experimentaron un incremento positivo de sus respectivos ingresos totales, situación que se correspondió de manera proporcional con los gastos totales. Sobre las diferentes fuentes formales de financiación, se identifican la participación de recursos propios, como es el caso de los municipios de Yolombó y Betulia, y la importancia que tiene el situado fiscal para el sostenimiento de las IPS de Ponedera y Piojó, las cuales aún dependen del Departamento Administrativo de Salud (Dasalud).

La eficiencia en la ejecución presupuestal, tanto de ingresos como de gastos en el sector salud, muestra para todos los municipios una tendencia ascendente en cuanto al índice de ejecución de ingresos que en casi todos los casos supera el 100%, lo cual podría significar que se recibieron transferencias por un valor superior al presupuestado o que los ingresos por recursos propios superaron las expectativas o mostraron recuperación. En cuanto a los gastos, se observa una tendencia similar aunque en menor proporción; sin embargo, este índice es inferior al 100% (con excepción de Betulia en el año 1995), lo que significa que no están invirtiendo todo el gas-

to en salud, situación contradictoria si se tienen en cuenta las bajas coberturas del régimen subsidiado de los municipios. En el caso de Betulia, el gasto de 1995 superó el 100%; queda la interrogante de cómo se cubrió la diferencia. Es importante considerar que si el gasto no se ejecuta al 100%, ni se establecen las reservas presupuestales correspondientes, los dineros no gastados pueden ser transferidos a otras dependencias.

Evolución del ahorro propio de las IPS

El ahorro propio es un indicador del nivel de autonomía financiera que adquieren las IPS a medida que aumentan sus gastos totales. Las IPS de municipios certificados desde 1996 han logrado reducir su déficit propio debido fundamentalmente al incremento de los recursos propios por contratos para atención de población vinculada. El caso contrario sucede en los municipios de Piojó y Ponedera, donde el incremento de recursos se ha reflejado en mayor dependencia financiera, explicada no sólo por el retraso en la implementación de la ley y la certificación, sino por la falta de mayor gestión y coordinación entre las instituciones y actores que conforman el sistema local de salud.

Conclusiones

- Los municipios del estudio son predominantemente rurales, con población joven, niveles de empleo precario, vocación básicamente agrícola, incipiente base productiva e importante movilidad de sus habitantes por la estacionalidad de los cultivos y las temporadas turísticas que generan esporádicamente fuentes de ingreso, pero no presentan perspectivas de crecimiento y estabilidad económica significativa. El acceso al área rural de los municipios se hace difícil por el estado de las vías y por los problemas de orden público de algunos de ellos.

- El no haber aplicado el Sisbén al 100% de la población ha generado dificultades para establecer cálculos de cobertura de aseguramiento y asignación de recursos a los municipios, ya que la población NBI calculada por el DANE al parecer está subestimada.
- Aunque con la reforma existe mayor disponibilidad de recursos para promoción y prevención, las coberturas de los programas de prevención son bajas. Lo anterior se explica, entre otras razones, por la falta de políticas claras de promoción y prevención en el nivel local, la descoordinación entre las EPS, la ARS y las DLS para desarrollar estas actividades y la dilución de responsabilidades y recursos.
- La evidencia muestra bajos niveles de participación ciudadana en el SGSSS, lo que puede ser atribuible, por un lado, a que el sistema ha mercadeado mejor los servicios de recuperación de la salud, a lo que por supuesto no se han sustraído los usuarios, y por otro lado, a que la participación comunitaria ha tenido desde sus orígenes un alto componente institucional, que ha conseguido que la organización y la participación colectivas sean reconocidas y alcancen madurez cuando están asociadas a procesos institucionales; ello puede atribuirse adicionalmente a una eventual indiferencia de la colectividad a procesos de la reforma que no siente como propios y frente a los cuales su participación parecería irrelevante.
- Una proporción considerable de usuarios no tiene suficiente información sobre sus derechos y deberes en el sistema, hecho que genera una importante barrera de acceso a los servicios de salud. Sin embargo, muchos manifiestan conocer todos los beneficios a los cuales tienen derecho.

- Se reportaron altos niveles de satisfacción de los usuarios con los servicios prestados por las IPS de la red pública, pero no es adecuada la oportunidad en algunos servicios.
- En general, los municipios que han accedido a la certificación, lo han hecho en cumplimiento de los requerimientos de ley, sin embargo los requisitos aparecen con grados diversos de desconexión entre sí, lo que no garantiza la obtención de los resultados que se esperan de la certificación, sobre todo en términos de mayor capacidad de gestión en el SLSSS.
- Hay evidencia de que los recursos financieros disponibles en el sistema son mayores, sin embargo, es demostrable la ineficiencia de su manejo. Se sabe por ejemplo que existen deficiencias de control sobre el SLSSS por parte de las direcciones seccionales de salud y la Superintendencia Nacional de Salud, lo cual ha incidido en el manejo inadecuado de los recursos del sector.
- Es crítica la situación del sistema de información de los SLSSS, lo cual dificulta el desarrollo de las actividades de vigilancia y control del sistema en su conjunto.
- Es claro que en escenarios como los de la mayoría de los municipios estudiados, no se dan aún las condiciones propicias y suficientes para que se desarrolle un SLSSS ajustándose a los planteamientos normativos del SGSSS colombiano. Esto lo evidencia la ausencia de competencia de mercados de aseguramiento y de prestación de servicios de salud, las dificultades, temores y resistencias para que las IPS públicas se transformen en ESE y las deficiencias de manejo gerencial y administrativo de los organismos de dirección y control local del sistema.
- Se encontraron evidencias de inequidad en el sistema de tipo estructural relacionadas con la afiliación urbano-rural, el acceso a servicios, los medicamentos, la asignación de recursos para afiliación y la calidad de atención por regímenes.
- La complejidad y la velocidad con las que se ha desarrollado la transición del SGSSS en el nivel territorial han limitado la posibilidad de ofrecer soluciones adecuadas basadas en la experiencia local, de suyo heterogénea, sumadas a la dificultad intrínseca de resolver cuestiones para las cuales ni la teoría socioeconómica ni la experiencia de otros países ofrecen respuestas definitivas.
- Los hallazgos dejan algunos interrogantes acerca del futuro inmediato del sistema, pues a la fecha no se han cumplido los principios básicos expuestos en la ley y no podría atribuirse sólo a la ausencia de recursos financieros. Cabe preguntarse entonces: ¿cuál es el impacto de la descentralización? ¿Existen municipios colombianos con la información necesaria del sistema y con la capacidad de liderazgo administrativo, fiscal y social requerido para llevar a cabo la reforma? ¿Creen los alcaldes en la reforma como alternativa de desarrollo social del municipio? ¿Tienen los municipios colombianos la capacidad de gestión para asumir el reto de la seguridad social en salud? ¿Conocen los organismos encargados de la vigilancia y el control sus funciones y hacen parte éstas de sus planes de desarrollo sectorial? ¿Está preparada la sociedad para cumplir sus deberes y hacer respetar sus derechos en salud?

Recomendaciones

- El aumento de las coberturas de afiliación a seguridad social en salud dependerá básicamente de la expansión del régimen subsidiado y para ello se requie-

re mayor participación de recursos del orden nacional. Se debe estudiar la posibilidad de que la población trabajadora con empleo informal que no ha podido acceder a ninguno de los dos regímenes se afilie al sistema a través de un mecanismo de cotización compartida entre el Estado y el trabajador.

- Evaluar, en escenarios de monopolio natural, el costo-beneficio y costo-efectividad de las ARS como intermediarias en el aseguramiento de afiliados al régimen subsidiado.
- La red de vigilancia y control debe hacerse más operativa y efectiva, con el fin de garantizar la eficiencia en el uso de los recursos financieros del sistema, así como el aseguramiento y la garantía de la calidad de la prestación de los servicios.
- Debe promoverse la asociación entre actores del sistema territorial, tales como asociaciones de municipios, de ESE, de DLS, de usuarios, de tal manera que consigan intervenir y controlar los costos de operación del sistema. Así mismo facilitar todo proceso comunitario de tipo organizativo y participativo de acuerdo con sus propias dinámicas y su propia lógica y desarrollar programas de educación continuada para fortalecer la capacidad de gestión de los actores locales.
- Buscar mecanismos para que los recursos y la política de promoción y prevención sean manejados por el ente territorial. Así mismo, se debe fortalecer la asistencia técnica y el control para el desarrollo de este componente.
- Los organismos de dirección del SGSSS deben garantizar que los usuarios tengan acceso a la información suficiente y necesaria sobre sus deberes y derechos en los diferentes regímenes.

- Los departamentos y municipios del país deben garantizar la prestación del plan de atención básica y vigilar y controlar el desarrollo del SGSSS, amén de vigilar y controlar el aseguramiento y la prestación de servicios del régimen contributivo en su jurisdicción en un proceso de relaciones dinámicas con EPS, ARS, IPS y usuarios.

Referencias

1. Colombia. Ley 100 de 1993 y decretos reglamentarios.
2. Colombia, Ministerio de Salud. Proyecto Municipios Centinela: marco metodológico y conceptual. Documento de trabajo. Bogotá; 1997.
3. Colombia. Ministerio de Salud. Programa Sistemas Municipales de Salud. Términos de referencia proyecto municipios centinela. Documento de trabajo. Santafé de Bogotá; 1998.
4. Brownlee A, Pathmanathan I, Varkevisser C. Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud: análisis de datos y redacción de informes. Vol 2, parte II. Ottawa: Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, CIID; 1995.
5. Pathmanathan I. Managing health systems research. Ottawa: CIID; 1992.
6. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4ª. ed. México: Interamericana; 1994. 563 p.
7. Villamil F, Keenoy E. Alternativas de integración de niveles asistenciales. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998.
8. Villamil F, Keenoy E. La gestión del cambio en los servicios sanitarios. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998.
9. Cerda CH. La investigación total: la unidad metodológica en la investigación científica. Santafé de Bogotá: Cooperativa Editorial del Magisterio (Colección Mesa Redonda); 1994.

