



ENSAYOS SOBRE ECONOMÍA REGIONAL

Centro Regional de Estudios Económicos
CREE Medellín

Monitoreo al sistema de salud en el departamento
del Chocó: 1998-2004

Jaime Albeiro Martínez Mora¹

Noviembre, 2005

¹ Profesional Junior de Estudios Económicos del Banco de la República, sucursal Medellín. jmartimo@banrep.gov.co Las opiniones y posibles errores contenidos en este documento son responsabilidad exclusiva del autor y no comprometen al Banco de la República ni a su Junta Directiva. Para comentarios, por favor diríjase al autor a su correo electrónico o a los teléfonos 5767400 y 5767433.

Resumen

La intención fundamental de la Constitución Política de 1991 y de las leyes que desarrollaron el Sistema General de Seguridad Social en Salud, fue la de universalizar la cobertura sectorial entre todos los habitantes del territorio nacional. Una forma de conocer sus logros es haciéndole seguimiento a la implementación del modelo de salud y a la evolución del aseguramiento en las diversas regiones del país. El departamento del Chocó se ha caracterizado por tener un indicador muy alto de necesidades básicas insatisfechas y baja cobertura en salud, pero sobre este último particular no se han elaborado registros consistentes de cifras y tampoco se han desarrollado investigaciones que traten de encontrar las explicaciones al fenómeno de la baja cobertura. Este estudio pretende realizar un monitoreo a la salud del Departamento entre los años 1998 y 2004, con el objeto de contribuir a la elaboración de un diagnóstico sobre la realidad de la salud en la región.

Palabras clave: aseguramiento, población, mercado de aseguradoras, régimen subsidiado, sistema de salud, Sisbén

Tabla de contenido

1.	Introducción	
2.	Antecedentes	6
3.	Monitoreo a la salud	8
3.1	Población total e identificada por el Sisbén	8
3.2	El caso del departamento del Chocó	8
3.2.1	Beneficiarios del Sisbén	8
3.2.2	Recursos públicos para salud en el Departamento	9
3.2.3	Régimen subsidiado de salud en Chocó	11
3.2.4	Régimen contributivo del Departamento	14
3.2.5	Mercado de aseguramiento en Chocó	16
3.2.6	Otras opciones de atención en salud en Chocó	18
3.2.6.1	Hospital San Francisco de Asís	18
3.2.6.1.1	Situación presupuestal	18
3.2.6.1.2	Producción de servicios	20
4.	Conclusiones	23
5.	Referencias bibliográficas	24

1. Introducción

Dentro del marco del estado social de derecho, la Constitución Política de Colombia definió la salud y el saneamiento ambiental, como servicios públicos de carácter obligatorio a los cuales se debe garantizar el acceso de todos los ciudadanos colombianos. Su organización, reglamentación y dirección, está a cargo del Estado, al cual corresponde dicha regulación de una manera descentralizada, guiado por los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad¹.

El marco legal que regula este servicio está conformado por las leyes 100 de 1993 y 715 de 2001 (derogatoria de la Ley 60 de 1993); la Ley 100 fue diseñada para garantizar el cumplimiento de los principios constitucionales del sistema de seguridad social integral. En el campo de la salud se pretende universalizar el aseguramiento con una cobertura amplia de beneficios, a través de los sistemas contributivo y subsidiado; al primero pueden pertenecer los trabajadores con contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, y al segundo, las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización, esto es, la población más pobre y vulnerable del país.

La Ley 715 de 2001 reglamentó los aspectos relacionados con la descentralización de la prestación del servicio de salud, las competencias en materia social y el Sistema General de Participaciones (SGP) de las entidades territoriales en los ingresos corrientes de la nación, a través de una distribución sectorial de los recursos para educación (58,5%), salud (24,5%) y propósito general (17%). Los recursos estatales del SGP para salud se destinarán a financiar los gastos en: apoyo a la demanda hasta lograr y mantener la cobertura total, prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y acciones diversas de salud pública.

El objetivo principal de este estudio es realizar un monitoreo al sistema de salud en el departamento del Chocó durante el período 1998-2004, a través del análisis estadístico de los recursos públicos recibidos para salud, de la evolución de la cobertura de afiliación a los sistemas de régimen subsidiado y contributivo, del funcionamiento del mercado de aseguramiento y del diagnóstico de la situación financiera y de producción de servicios de los hospitales públicos.

Este documento consta de cuatro partes: además de esta que es la primera, en la segunda se analizan los antecedentes de la prestación de servicios de salud en Colombia desde la creación del Sistema Nacional de Salud hasta la expedición de la Constitución de 1991 y las leyes que desarrollaron la política de salud consignada en la carta política. En la tercera, se cuantifica el flujo de transferencias intergubernamentales para la salud recibidas por los

¹ Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia.

municipios chocoanos durante el periodo de estudio, teniendo en cuenta el sistema de reparto y la distribución de los recursos al interior de los municipios. Además, en ella se analiza la evolución de la cobertura del seguro de salud en el régimen subsidiado y contributivo a nivel departamental y municipal, en proporción a la población total, con el fin de identificar si hubo avances o retrocesos en el objetivo constitucional de universalizar el aseguramiento. En la última parte de esta sección se analiza el mercado de aseguramiento que para el caso de la región es atendido exclusivamente por la red pública hospitalaria, la situación financiera y la capacidad de respuesta de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). Finalmente, en la cuarta parte se presentan las conclusiones del trabajo.

2. Antecedentes

Las más importantes transformaciones de la seguridad social en salud en Colombia se iniciaron en 1975 con la creación del Sistema Nacional de Salud y la reorganización del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS). Entre 1977 y 1980 se adelantó un ambicioso plan de reformas al ICSS, convirtiéndolo en el actual Instituto de Seguros Sociales (ISS), al tiempo que en los primeros años de la década de los 80 se inició un proceso de descentralización política, administrativa y fiscal, que buscaba fortalecer las democracias locales al conferirle a los departamentos y municipios del país una mayor autonomía. Igualmente se implementaron los primeros elementos de la descentralización de la salud con la expedición de la Ley 10 de 1990 y se concluyó con el desarrollo de los principios constitucionales que dieron origen al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la Ley 100 de 1993.

Con la creación del sistema de servicios de salud se pretendió iniciar un proceso de cambio profundo en la administración y prestación de los servicios de salud, regidos hasta entonces por un esquema dicotómico de carácter monopólico, en el que, por un lado, existía un sistema de seguridad social para aquellas personas vinculadas al sector productivo formal, que cubría cerca del 22% de la población y, por otro, el sistema público, teóricamente dirigido a prestar servicios de salud al resto de la población, pero que apenas alcanzaba a cubrir, de manera limitada, al 40% de ésta.

En la década de los noventa el sistema se organizó a partir de la Ley 10 (1990) de municipalización de la salud, la Ley 60 de 1993 que definió las competencias y los recursos disponibles para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993 con la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social. Las leyes 10 y 60 (esta última derogada por la Ley 715 de 2001) asignaron a los municipios la competencia operativa en la atención de salud en el primer nivel de atención y a los gobiernos departamentales, los hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad.

La Ley 100 modificó el sistema de provisión de servicios de salud, cambiando el subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda, a través de un mercado regulado, abierto a la participación de los sectores público y privado, que estimulara la competencia para el establecimiento gradual de un seguro social universal, con el que se lograra financiar la prestación de servicios a toda la población. La Ley 100 creó dos regímenes de afiliación: el subsidiado y el contributivo. Al primero se afilia la población más pobre y vulnerable sin capacidad de pago, en tanto que al segundo pueden afiliarse los trabajadores con contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y los trabajadores independientes con capacidad de pago.

Para el régimen subsidiado se crearon las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y para el contributivo las Empresas Promotoras de Salud

(EPS). Las ARS y las EPS planean, organizan y ejecutan las actividades necesarias para controlar las enfermedades y mantener la salud de la población asegurada; ambas entidades contratan la prestación del plan de beneficios igual para todos, que se denomina Plan Obligatorio de Salud (POS) con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y con las Empresas Sociales del Estado (ESE).

El valor del POS, también regulado en su precio y conocido como la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y equivalente a una prima de seguros ajustada por riesgo, es financiado conjuntamente entre trabajadores, patronos y Estado, con una contribución porcentual del ingreso de aquellas personas con capacidad de pago, como también con la utilización de aportes fiscales destinados a subsidiar la UPC para la afiliación de los más pobres. La mayor parte de los recursos del sistema son administrados y distribuidos por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) adscrito al Ministerio de la Protección Social.

El nuevo esquema financiero del sistema contempla para su operación un aporte del 12% de sus ingresos para los afiliados al régimen contributivo, que en el caso de los aportantes con mayores ingresos (4 salarios mínimos mensuales), debe generar un excedente que serán destinados a completar los recursos necesarios para la afiliación a este régimen, de aquellos cuyo aporte es insuficiente para pagar la UPC, mecanismo que la ley denomina "compensación". Igualmente, del régimen contributivo se hacen aportes para las personas más pobres pertenecientes al régimen subsidiado, al trasladar un punto de los 12 recaudados destinados a completar la financiación de la UPC de los más pobres, mecanismo denominado solidaridad.

El régimen subsidiado se financia principalmente con aportes fiscales que se han venido incrementando de manera importante como consecuencia del proceso de descentralización política y fiscal, fruto de una delegación constitucional de funciones a los territorios, especialmente a los municipios y departamentos para que asuman progresivamente el manejo y la financiación de los servicios de salud.

En resumen, el actual esquema de seguridad social en salud plantea como estrategia fundamental la competencia regulada entre aseguradores y prestadores, que estimule una mejoría en la eficiencia en la utilización de los recursos y en la calidad en la prestación de los servicios. Como estrategia de fondo para asegurar la meta de universalidad en la cobertura, se tiene la de aumentar y distribuir equitativamente los recursos del sistema, al incrementar las contribuciones individuales de los trabajadores y patronos, como también las provenientes de los aportes fiscales.

3. Monitoreo a la salud

3.1 Población total e identificada por el Sisbén

El sistema de identificación y clasificación de potenciales beneficiarios para programas sociales (Sisbén) es un sistema de información que permite el ordenamiento de personas y familias de acuerdo con su nivel estándar de vida o de pobreza, medido por un indicador continuo y sirve como instrumento de focalización de recursos públicos destinados a otorgar subsidios en programas sociales de salud, educación, vivienda y bienestar familiar.

El marco legal del Sisbén estaba consignado en el artículo 30 de la Ley 60 de 1993 y actualmente se encuentra definido en el artículo 94 de la Ley 715 de 2001, en donde se presenta la focalización del gasto, como el proceso mediante el cual se garantiza que el gasto social se asigne a los grupos de población más pobre y vulnerable y se dan las recomendaciones al Conpes Social para que fije cada tres años los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios de programas sociales. El sistema está dividido en 6 niveles ordenados de acuerdo con el estándar de vida reportado por las familias en la encuesta; a los niveles I y II del Sisbén pertenecen las personas clasificadas como de extrema pobreza y representan aproximadamente el 70% de los afiliados al régimen subsidiado.

Según el Departamento Nacional de Planeación, la estrategia de focalización ha logrado un evidente impacto redistributivo. En salud y asistencia social se observa una mejora significativa en la redistribución de los subsidios. Así por ejemplo, en 1992 el 20% más pobre de la población colombiana recibía un 29,1% del total de los subsidios, mientras que en 1999 esta cifra se ubicó en 34,8% (un aumento de 5,7 puntos). Para el 40% más pobre de la población, estos porcentajes se situaron en 57,9% y 65,1% en las mismas fechas (7,2 puntos de aumento). De los 27 millones de personas incorporadas a las bases del Sisbén, el 36% de ellas han accedido al régimen subsidiado.

3.2 El caso del departamento del Chocó

3.2.1 Beneficiarios del Sisbén

En el departamento del Chocó se presentó un importante avance en el proceso de identificación de beneficiarios de subsidios sociales ubicados en los dos primeros niveles del Sisbén (población más pobre y vulnerable). A diciembre de 1999, la población total del departamento ascendía a 405.028 habitantes, de los cuales 156.412 estaban identificados en los niveles I y II del Sisbén (38,62%). Al finalizar el año 2004, la población creció 2,21% (8.972 personas) mientras el número de beneficiarios del Sisben creció en 75,74% (118.472 personas), por lo cual la cobertura de identificación de nuevos beneficiarios para estos dos niveles como proporción de la población total, pasó de 38,62% a 66,40% para los años en comparación. Es decir, de cada 100 habitantes, 66 están clasificados como pobres (Cuadro 1). Igualmente, el número de personas

encuestadas e incluidas en las bases del Sisbén (niveles I y II) como proporción de la población en edad de trabajar (PET), pasó de 56,91% en 1998 a 93,82% en 2004.

Cuadro 1

Chocó. Población total y en edad de trabajar (PET) vs. Población identificada en el Sisbén (nivel I y II). Años 1998 - 2004

Años	Población	PET	Sisben I y II	Sisbén/Pob.	Sisbén/PET
1998	405.028	274.840	156.412	38,62	56,91
1999	406.376	277.605	165.456	40,72	59,60
2000	407.752	284.213	179.564	44,04	63,18
2001	408.556	288.773	195.423	47,83	67,67
2002	410.123	294.548	203.458	49,61	69,07
2003	411.843	300.525	269.831	65,52	89,79
2004	414.000	293.000	274.884	66,40	93,82

Fuente: DANE y DASALUD; cálculos del autor

3.2.2 Recursos públicos para salud en el Departamento

Cuadro 2

Chocó. Participación en las transferencias constitucionales para el régimen subsidiado y otros recursos para la salud. Años 1998 - 2003

	millones de pesos					
	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Ingresos Corrientes Nación 1/	4.578	7.105	8.274	8.435	19.150	32.766
Situado Fiscal	1.515	3.609	2.885	6.475	0	0
FOSYGA	17.316	14.941	13.336	17.513	18.297	23.988
Rentas Cedidas	0	0	171	1.754	0	34
Esfuerzo Propio	62	64	66	132	0	479
Total recursos	23.471	25.719	24.732	34.309	37.447	57.267
Variación real	8,97%	0,32%	-11,58%	28,87%	2,01%	43,61%
transferencias per cápita	57.949	57.941	51.060	65.673	66.741	88.305

Entre los años de 1998 a 2001 corresponde a la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación y al situado fiscal departamental para salud.

A partir de 2001 a los recursos asignados por el S.G.P.

Fuente: DNP y DASALUD; cálculos del autor

Las transferencias del Gobierno Central Nacional para el Departamento, vía situado fiscal, la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación y los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), fueron la principal fuente de financiamiento de la salud en el departamento del Chocó entre los años 1998 y 2004. A pesar del buen comportamiento de los ingresos

originados en las instancias nacionales, el tremendo impacto en términos de menores recursos para la salud en el año 2000 y las dificultades económicas de la población durante el período analizado, no permitieron generar mejores indicadores de esfuerzo fiscal propio que apalancaran recursos adicionales para la financiación de la salud en la región. Hasta el año 2001, el sistema de las transferencias a las entidades territoriales estuvo conformado por el situado fiscal y la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación. Las variaciones propias de la actividad económica generaron gran volatilidad en los ingresos corrientes y estos a su vez transmitieron las fluctuaciones a los recursos con que contaban los municipios para financiar los gastos en los diversos sectores de inversión social, y la salud no estuvo ajena a este fenómeno.

En efecto, los recursos públicos para financiar la salud en el departamento del Chocó crecieron en términos reales 8,97% en 1998, como resultado del buen comportamiento del PIB en el año 1997; por el contrario, en el año 1999 no hubo crecimiento, y, para el 2000 los recursos tuvieron el peor decrecimiento de la década (11,58%) debido a una caída igualmente dramática del producto del 4,3% en el año 1999. A partir del año 2001 se presentó un quiebre en la tendencia, explicada en gran parte por la modificación al sistema de reparto de las transferencias constitucionales a los municipios y departamentos, antes que a una recuperación de la economía. Por esta razón, los recursos para atender la afiliación al régimen subsidiado de salud en Chocó tuvieron un crecimiento promedio real de 24,83% entre 2001 y 2003.

Cuadro 3
Chocó. Participación de los municipios en las transferencias
constitucionales para el régimen subsidiado de salud.
Años 1998 - 2003

Municipios	millones de pesos								
	Años						Variación real		
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	98/99	00/01	02/03/
Quibdó	4.930	5.560	4.100	6.352	5.790	9.921	3,25	43,93	60,90
Acandí	1.278	1.277	1.199	1.546	1.670	2.559	-8,52	19,78	43,89
Alto Baudó	1.378	1.556	1.417	1.978	2.097	3.423	3,38	29,68	53,28
Bajo Baudó	1.176	1.325	770	1.076	1.143	1.851	3,15	29,82	52,07
Bojayá	1.031	1.032	947	1.248	1.348	2.122	-8,36	22,43	47,82
Condoto	1.115	1.259	1.263	1.592	1.700	1.649	3,37	17,10	-8,91
Istmina	1.285	1.502	1.387	1.865	1.975	2.365	7,01	24,91	12,45
Riosucio	1.895	2.127	2.093	2.674	2.858	3.828	2,76	18,69	25,78
Tadó	1.128	1.265	1.231	1.514	1.616	2.097	2,67	14,26	21,86
Carmen Atrato	1.028	1.028	1.062	1.244	1.344	1.517	-8,45	8,82	5,99
Unguía	955	956	1003	1156	1249	1957	-8,35	7,07	47,14

Entre los años 1998 a 2001 corresponde a la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación destinados para salud. A partir de ese año se refiere al SGP.

Fuente: DNP y DASALUD; cálculos del autor

Vale destacar el hecho de que la participación de los municipios del Departamento en los recursos nacionales para atención social ha venido siendo proporcional con la evolución del número de habitantes y con el indicador de NBI; en los municipios de Quibdó, Acandí, Alto y Bajo Baudó, Bojayá, Condoto, Istmina, Riosucio, Tadó, Carmen y Ungía, se concentra el 60,75% de la población, el 80,24% de NBI y el 45,95% de los recursos transferidos por el Gobierno Central Nacional para salud. Igualmente, el monto de los recursos recibidos pasó de un comportamiento negativo en términos reales en el año 2000 a un crecimiento real promedio de 32,93% en 2004.

A manera de conclusión se advierte que uno de los principales efectos en el cambio de la fórmula de incremento de las transferencias intergubernamentales establecida en la Ley 715 de 2001 a través del nuevo SGP, fue la de aumentar el flujo de recursos hacia los entes territoriales. En efecto, al observar el comportamiento de los recursos para salud recibidos por los municipios del Chocó se nota un incremento, originado en la modificación a la Ley 60 de 1993, lo cual confirma las bondades de la distribución de los recursos a partir de la nueva fórmula.

3.2.3 Régimen subsidiado de salud en Chocó

Cuadro 4
Chocó. Datos de población, afiliados al Sisbén (nivel I y II) y al régimen subsidiado de salud
Años 1998 - 2004

Población /Años	número de personas						
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Población total	405.028	406.376	407.752	408.556	410.123	411.843	414.000
PET	274.840	277.605	284.213	288.773	294.548	300.525	293.000
PEA	162.901	157.006	168.584	182.283	193.498	199.937	187.000
Ocupados	146.020	143.718	151.833	159.585	179.178	186.549	169.000
Desocupados	16.881	13.288	16.751	22.698	14.321	13.388	18.000
Régimen subsidiado	146.917	164.696	169.583	174.498	180.696	184.849	225.786
Sisbén niveles I y II	156.412	165.456	179.564	195.423	203.458	269.831	274.884
	Porcentajes						
Régimen subsid./Población	36,27	40,53	41,59	42,71	44,06	44,88	54,54
Régimen subsid./PET	53,46	59,33	59,67	60,43	61,35	61,51	77,06
Régimen subsid./PEA	90,19	104,90	100,59	95,73	93,38	92,45	120,74
Régimen subsid./Sisben	93,93	99,54	94,44	89,29	88,81	68,51	82,14

Fuente: DANE y DASALUD; cálculos del autor

La cobertura del seguro de salud en el departamento del Chocó se ha intensificado principalmente a través del régimen subsidiado, fruto del creciente aumento de las transferencias del Gobierno Central Nacional para tal propósito; en ese sentido el número de afiliados al régimen subsidiado pasó de 146.917 personas en 1998 a 225.786 personas en 2004, equivalente a un crecimiento del 53,68%.

Cuadro 5
Chocó. Población afiliada al régimen subsidiado, por municipios.
Años 1998 - 2004

Municipios	número de personas						
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Quibdó	30.683	35.324	30.454	33.945	27.566	35.261	48.446
Acandí	7.953	7.953	7.953	7.953	7.953	7.998	8.114
Alto Baudó	8.574	9.904	9.984	10.173	9.984	10.833	16.616
Atrato	1.072	3.728	3.828	3.922	3.828	4.020	4.575
Bagadó	4.687	5.072	5.902	6.091	5.902	6.437	6.440
Bahía Solano	5.504	5.504	5.504	5.504	5.504	5.543	5.568
Bajo Baudó	7.322	8.431	5.671	5.535	5.441	5.809	8.124
Bojayá	6.419	6.419	6.419	6.419	6.419	6.523	6.872
Cantón de San Pablo	2.410	3.669	3.759	3.948	3.759	4.099	4.095
Condoto	6.940	8.014	8.094	8.188	8.094	5.285	6.532
Carmen de Atrato	6.397	6.397	6.397	6.397	6.397	5.902	6.143
Litoral de San Juan	5.400	5.400	5.400	5.400	5.400	5.491	5.492
Itsmina	7.999	9.626	9.706	9.594	9.405	7.521	8.815
Juradó	1.802	1.802	1.882	1.976	1.882	2.071	2.746
Lloró	4.647	5.214	5.294	5.388	5.294	5.497	6.200
Nóvita	2.203	2.569	2.569	2.758	2.569	3.034	3.510
Nuquí	5.519	5.519	5.519	5.519	5.519	5.567	5.566
Riosucio	11.793	13.530	13.610	13.755	13.610	12.082	15.749
San José del Palmar	4.115	4.115	4.115	4.115	4.115	4.173	5.969
Sipí	2.513	2.513	2.513	2.513	2.513	2.527	2.520
Tadó	7.018	8.046	8.116	7.787	7.693	6.628	6.873
Medio Atrato	---	---	2.742	2.742	4.125	4.178	6.049
Medio Baudó	---	---	3.080	3.080	3.288	3.358	4.354
Río Quito	---	---	5.125	5.125	5.138	5.152	5.165
Certegui	---	---	---	---	1.519	1.607	2.898
Carmen Darien	---	---	---	---	2.334	2.435	5.585
Río Iro	---	---	---	---	3.914	3.939	3.965
Medio San Juan	---	---	---	---	2.760	2.818	2.902
Unión panamericana	---	---	---	724	2.824	2.876	3.720
Unguía	5.947	5.947	5.947	5.947	5.947	6.185	6.183
Total	146.917	164.696	169.583	174.498	180.696	184.849	225.786

Fuente: DNP - DASALUD (Chocó)

El municipio de Medio Atrato y Río Quito se desprendieron de Quibdó y Medio Baudó de Bajo Baudó en el año 2000.

El avance de la población afiliada al régimen subsidiado de salud como proporción de la población total, la cual pasó de 36,27% en 1998 a 54,54% en 2004, posiblemente está relacionado, de un lado, con el bajo incremento poblacional que exhibió el departamento para los mismos años (2,21%) y de otro, con el deterioro de los indicadores del mercado laboral y las particularidades de las relaciones de trabajo de la región, basadas esencialmente en la informalidad y la desprotección de los beneficios sociales, que dan lugar a que un alto porcentaje de la población ocupada requiera subsidios de salud.

Así por ejemplo, los indicadores del mercado laboral en el departamento del Chocó tuvieron un profundo descenso en los dos últimos años. La tasa de desempleo se incrementó en 3 puntos porcentuales (3.786 desempleados) y la tasa de ocupación disminuyó en 4,5 puntos (17.527 desempleados). Además, el 80% de la población ocupada y la totalidad de los subempleados se emplean en el mercado informal de la economía y debido a los bajos ingresos que reciben, no cotizan al régimen contributivo de salud y por consiguiente se registran como beneficiarios de subsidios de salud.

El municipio de Quibdó presentó el mayor avance en cobertura de afiliación al régimen subsidiado al pasar de 30.683 afiliados en el año 1998 a 48.446 afiliados en 2004, equivalentes a un crecimiento del 57,89% y a una concentración del 21.45% del total de afiliados en el Departamento al término de 2004. Excepto el municipio capital y el Alto Baudó que casi duplicó el número de afiliados entre los años comparados, con una participación que pasó del 5,8% al 7,4%, las demás localidades redujeron su participación en afiliaciones o al menos la mantuvieron constante entre 1998 y 2004. Lo que supone la caída de la participación de los afiliados de los demás municipios del Departamento, en un escenario de precariedad económica tan dramática, combinada con factores de desestabilización política, es que se presenta un fenómeno migratorio hacia las principales localidades de la región, en especial hacia el municipio capital que viene concentrando los mayores indicadores de demanda de servicios de salud.

En síntesis, el número de personas afiliadas al régimen subsidiado de salud creció en 53,68% en el departamento de Chocó entre 1998 y 2004, y el avance de aseguramiento de acuerdo con la población total mantuvo idéntico comportamiento (fluctuó entre 36,27% y 54,54%), lo cual demuestra que había un alto segmento de población sin ningún tipo de seguridad social en salud, y que el incremento de las transferencias intergubernamentales ha permitido cerrar la brecha entre la población identificada como más pobre (nivel I y II del Sisbén) y el número total de asegurados; al término de 2004 un poco más del 80% de esta población recibe servicios de salud a través del régimen subsidiado.

No obstante que el acceso a los servicios de salud es una de los objetivos fundamentales de la Constitución, existe evidencia que demuestra que la población de escasos recursos del Chocó encuentra muchas dificultades, especialmente de carácter económico (copagos, compra de medicamentos y gastos de desplazamiento) para acceder a los servicios esenciales de salud. Dentro de los factores que más afectan esa vinculación se encuentran, entre otros, el rechazo o restricción en la atención que se asocia a los costos y no a la disponibilidad de servicios y las barreras geográficas y administrativas, generadas desde la oferta. La forma en que la población trata de superar estas barreras va desde tratar de conseguir el dinero para la atención, buscar otro servicio más económico, aplazar o desistir de la atención y hasta utilizar métodos de medicina no convencional.

De todas formas se destaca el progreso en la atención a las comunidades, derivado esencialmente de la atención pública a través del régimen subsidiado, como solución a las necesidades de salud de los más pobres; sin embargo, como hecho preocupante se debe señalar la falta de una mayor cobertura y los obstáculos para incluir a la población con dificultades económicas que por diversas circunstancias no es reconocida como pobre.

3.2.4 Régimen contributivo del Departamento

La evolución de la población afiliada al régimen contributivo en salud en el departamento del Chocó entre los años 2001 y 2004 estuvo muy ligada a las fluctuaciones del escenario económico regional y por ende al comportamiento de los indicadores del mercado laboral. En este sentido, durante los años reseñados estuvieron afiliados al sistema en promedio 19.833 personas, mientras que el aseguramiento con referencia a la población fluctuó en 4,8%.

En el análisis de la evolución de la afiliación al régimen contributivo en Chocó, teniendo en cuenta los indicadores del mercado laboral, se advierte que el número de personas afiliadas como proporción de la PEA osciló en promedio en 10,4% y con relación a la población ocupada en 11,4%, es decir, de cada 100 personas que trabajan, solamente 11 están afiliadas al sistema. Este es un fenómeno sumamente atípico que refleja las complejidades del mercado laboral en esta zona del país y que a su vez confirma la tesis de que el 88% de las personas que trabajan, desarrollan sus actividades en la economía informal y gran parte de ellas bajo la modalidad del subempleo (Cuadro 6).

Cuadro 6
Chocó. Datos de población y afiliados al régimen contributivo.
Años 1998 - 2004

Población / Años	número de personas						
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Población Total	405.028	406.376	407.752	408.556	410.123	411.843	414.000
PET	274.840	277.605	284.213	288.773	294.548	300.525	293.000
PEA	162.901	157.006	168.584	182.283	193.498	199.937	187.000
Ocupados	146.020	143.718	151.833	159.585	179.178	186.549	169.000
Desocupados	16.881	13.288	16.751	22.698	14.321	13.388	18.000
Régimen contributivo	---	---	---	19.158	20.353	19.899	19.922
	porcentaje						
Rég. Contribut./población	---	---	---	4,69	4,96	4,83	4,81
Rég. Contributi. / PET	---	---	---	6,63	6,91	6,62	6,80
Rég. Contributi. / PEA	---	---	---	10,51	10,52	9,95	10,65
Rég. Contribut./ocupados	---	---	---	12,00	11,36	10,67	11,79

Fuente: DNP y FOSYGA; cálculos del autor

Por ciudades, Quibdó concentra el 86% del total de afiliados al régimen contributivo en Chocó, lo cual deja de manifiesto que las relaciones laborales en los demás municipios del departamento son totalmente desreguladas y hay una muy escasa presencia de EPS en estos sitios. En términos generales la tendencia de afiliación al régimen contributivo en Chocó ha tenido un comportamiento directamente proporcional con el escenario económico regional. En efecto, la principal actividad de la economía chocoana se desarrolla a través de la explotación de la madera y de la pesca, actividades muy intensivas en mano de obra pero realizadas al margen de las normas de protección laboral. En la ciudad capital se desarrollan algunas actividades del sector de servicios, pero no existen empresas importantes que generen empleo estable y regulado y que faciliten la cotización de los asalariados al régimen contributivo.

En este sentido, queda claro que de la mano del empleo se mueve la seguridad social que solo disfrutan en forma plena quienes están vinculados a las labores formales de la producción y los servicios, quedando excluidos los hogares más pobres. De allí que las personas que perdieron su puesto de trabajo y no lograron emplearse nuevamente, o se emplearon en el sector informal por ciertos periodos de tiempo y con ingresos inferiores al salario mínimo legal, tuvieron dificultades para seguir cotizando en el régimen contributivo de salud, y por consiguiente, fueron identificadas como personas sin ningún tipo de aseguramiento, pasando a engrosar las filas de aspirantes al régimen subsidiado de salud.

En síntesis, la evolución de la cobertura del seguro de salud en Chocó no tuvo la misma dinámica que presentó el promedio nacional, muy a pesar de los importantes avances del aseguramiento en el régimen subsidiado; por obvias razones, existe una caracterización común en la evolución de la cobertura, explicada por los vaivenes de la variación del producto y los indicadores del mercado laboral. En Colombia, la cobertura en salud como proporción de la población total ascendió entre 1998 y 2004 de 48,01% a 67,32% y 14.570 mil personas no están aseguradas. Chocó presentó un menor avance en cobertura frente al resultado total del país, a pesar de que su indicador de cobertura en proporción a la población total creció más de 10 puntos entre de 2001 y 2004, al pasar de 45,23% a 59,42%; igualmente, 168 mil personas (40,58%) permanecen por fuera del sistema (Cuadro 7)

Las posibilidades de lograr la cobertura universal en Chocó y en el país son muy remotas; de una parte, el bajo crecimiento del producto, el desempleo y las nuevas formas de contratación laboral van a seguir siendo un obstáculo para que lleguen nuevos cotizantes al régimen contributivo (como se dijo, el mercado laboral del Chocó se caracteriza por la informalidad y el subempleo); y de otra, no se espera para los próximos años un importante crecimiento de las transferencias intergubernamentales hacia los municipios. Por consiguiente, los recursos para salud del Sistema General de Participaciones van a seguir

financiando la actual afiliación del régimen subsidiado lo que implica que se generarán muy pocos excedentes para la ampliación de la cobertura.

Cuadro 7
Colombia vs. Chocó. Población total, afiliación al sistema
General de Seguridad Social en Salud y proporción
de afiliación sobre población total. Años 1998 - 2004

miles de personas							
Población /Años	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Colombia							
Régimen contributivo	11.100	12.300	12.369	13.077	12.646	12.326	14.460
Régimen subsidiado	8.500	9.400	9.510	11.037	11.444	11.781	15.553
Población no afiliada	21.226	19.889	20.442	18.921	19.744	20.476	14.570
Población total	40.826	41.589	42.321	43.035	43.834	44.583	44.583
Cobertura /pobalción total	48,01	52,18	51,70	56,03	54,96	54,07	67,32
Chocó 1/							
Régimen contributivo	nd	nd	nd	19	20	20	20
Régimen subsidiado	147	165	165	166	181	183	226
Población no afiliada	258	241	243	224	209	209	168
Población total	405	406	408	409	410	412	414
Cobertura /pobalción total	36,30	40,64	40,44	45,23	49,02	49,27	59,42

Fuente:DANE, DNP y DASALUD; cálculos del autor

1/ Entre 1998 y 2000 la población total no afiliada y la cobertura se calculó con referencia a los afiliados al régimen subsidiado.

3.2.5 Mercado de aseguramiento en Chocó

En el departamento del Chocó existe una muy reducida oferta de entidades aseguradoras en salud tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. Factores como la escasa actividad económica formal, el bajo índice poblacional y los altos niveles de pobreza, no hacen de la región un lugar atractivo para que lleguen masivamente las empresas promotoras de salud (EPS) y menos aún las empresas prestadoras de servicios de salud (IPS).

En este sentido, después de entrada en vigencia la Ley 100 de 1993, la promoción y atención de afiliaciones al régimen contributivo estuvo a cargo exclusivamente del Estado en cabeza del Seguro Social. En 1998 esta entidad tenía más del 70% del total de afiliados, y a partir del año 2001 hacen presencia 4 empresas promotoras de salud privadas (Sanitas, Salud Vida, Saludcoop y Coomeva), situación que se refleja en una pérdida de mercado por parte del Seguro Social en beneficio de las EPS privadas. El número de afiliados del Seguro Social pasó de 12.568 en 1998 a 7.412 en 2001, equivalente a una reducción en la participación del mercado de aseguramiento del 33,87%, afiliación que se concentra principalmente en su capital Quibdó.

Sin embargo, las EPS están en franca desventaja frente al Seguro Social por cuanto ellas no tienen una presencia directa en el departamento del Chocó con IPS propias y por lo tanto sus afiliados deben acudir al Hospital San Francisco de Asís para la consulta con especialistas y para cirugías de segundo nivel, lo cual además evidencia las fallas en la atención médica de mayor complejidad; por el contrario el Seguro Social presta servicios a sus afiliados a través de la ESE Rafael Uribe Uribe.

Cuadro 8
Chocó. Número de afiliados en el régimen contributivo del Seguro Social. 1998 - 2004

Número de personas			
Años	Cotizantes	Beneficiarios	Total
1998	5.702	6.866	12.568
1999	3.845	7.675	11.520
2000	3.326	6.639	9.965
2001	2.869	4.543	7.412
2002	3.242	3.625	6.894
2003	3.836	4.865	8.701
2004	3.259	4.056	7.315

Fuente: Vicepresidencia EPS Seguro Social Bogotá.

Con respecto al régimen subsidiado, desde 1998 vienen haciendo presencia en el departamento del Chocó 10 Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), de las cuales solamente una es pública (Caprecom) y las demás privadas (Barrios Unidos, Selva Salud, Caja Salud, Coopsalud, Susalud, Endisalud, Salud Vida, Comparta y Salud Cóndor), entidades todas con una precaria estructura organizacional y financiera que dificulta un ágil y eficiente servicio a los usuarios.

Cuadro 9
Chocó. Oferta de entidades de aseguramiento. Años 2002 - 2004

Régimen Contributivo		2002	2003	2004
EPS públicas	Número	1	1	1
	Total afiliados	6.894	8.701	7.315
	% participación	33,87	43,72	36,71
EPS privadas	Número	3	4	4
	Total afiliados	13.459	11.198	23.805
	% participación	66,13	56,28	63,29
Régimen Subsidiado				
EPS privadas	Número	8	9	10
	Total afiliados	180.696	184.849	225.786
	% participación	100	100	100

Fuente: Seguro Social; DASALUD; Salud Vida; Selva salud

3.2.6 Otras opciones de atención en salud en Chocó

3.2.6.1 Hospital San Francisco de Asís

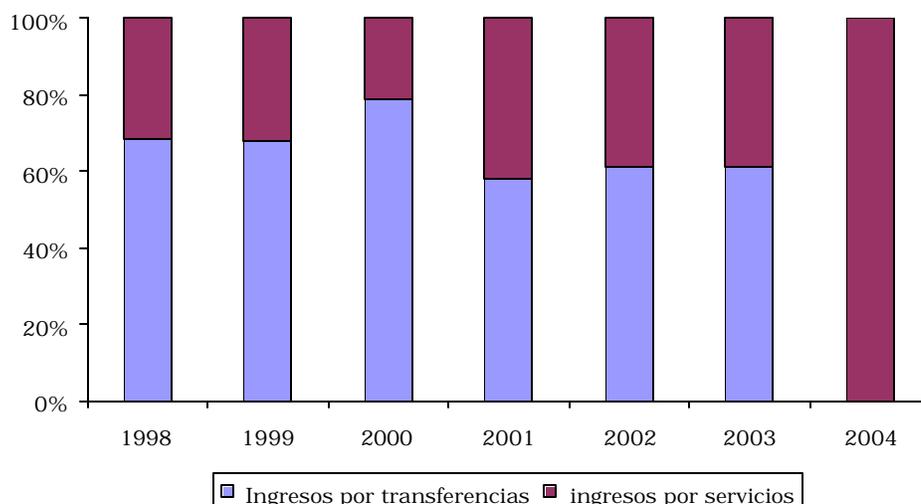
3.2.6.1.1 Situación presupuestal

La estructura financiera de los hospitales públicos en Colombia estuvo normada inicialmente por la Ley 60 de 1993 que reglamentó los aspectos relacionados con la descentralización de la prestación del servicio y la financiación de los hospitales a través del situado fiscal para salud; igualmente, estableció un sistema de atención para la población sin capacidad de pago bajo un esquema de subsidios de oferta. A partir del año 2002 entró en vigencia la Ley 715 de 2001 que modificó el sistema de transferencias del llamado situado fiscal por el Sistema General de Participaciones (SGP). Bajo este mecanismo los hospitales públicos ofrecen un paquete de salud al cual los individuos acceden por medio de un seguro financiado por el Estado.

En concordancia con lo anterior, los ingresos por transferencias del Hospital San Francisco de Asís, recibidos del Gobierno Central Nacional, representaron en promedio el 65,8% de los ingresos totales de la entidad de salud, entre los años 1998 y 2002. A partir de este año la venta de servicios de salud reemplazó el aludido ingreso por transferencias; en general se observó un importante flujo de transferencias ligadas a las variaciones propias de los ingresos corrientes de la nación, los cuales a su vez fueron objeto de las fluctuaciones naturales del producto interno bruto en este lapso de años.

Gráfico 1

Chocó. Hospital San Francisco de Asís. Distribución de los ingresos totales. Años 1998 - 2004



Fuente: Finanzas públicas - Medellín

Los gastos por remuneración al trabajo y las compras de bienes y servicios son la expresión del costo propio de la prestación de los servicios de salud a la población. Para los años de análisis se observó un fuerte incremento de estos rubros, con algunos intentos de reducción a partir del año 2001, fruto de la entrada en vigencia de la Ley 617 de 2000 que dio lugar a un proceso de reestructuración y de ajuste fiscal de las entidades del sector público subnacional y que por supuesto también afectó a los hospitales públicos.

El tema de los hospitales estatales ha generado todo tipo de análisis al interior de las discusiones de las políticas públicas en el país. Especialmente se han cuestionado los bajos resultados de los hospitales ubicados en regiones de extrema pobreza, puesto que se señala que estas entidades derivan sus déficits y su escasez de recursos de la ineficiencia y la excesiva burocracia. La Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales en un análisis de más de 478 hospitales públicos de primero, segundo y tercer nivel encontró que²: a partir de 1998, los ingresos por venta de servicios de los hospitales fueron iguales o superiores al situado fiscal que recibían a través de lo estipulado en ley 60 de 1993. Igualmente se ha dicho que estas son entidades burocratizadas con exceso de nómina, pero lo que muestran los datos es que los hospitales si tienen un nivel de gasto de personal que participa con el 60% del gasto total pero sin tendencia de crecimiento, como es el caso del Hospital San Francisco de Asís (Gráfico 2).

Cuadro 10
Chocó. Situación fiscal del Hospital San Francisco de Asís.
Años 1998 - 2004

	millones de pesos						
Variables económicas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Ingresos totales	5.374	4.892	8.405	5.939	7.210	7.678	8.752
ingresos de la propiedad	15	0	0	1	0	0	0
ingresos por servicios	1.690	1.577	1.787	2.489	2.796	2.977	8.752
otros	15	0	0	0	0	0	0
Ingresos por transferencia:	3.653	3.314	6.619	3.449	4.414	4.701	0
Nación central	765	0	3.798	2.944	4.328	4.608	0
Departamento	2.888	3.314	2.221	504	87	92	0
otros	0	0	600	0	0	0	0
Gastos totales	6.001	9.585	10.728	7.099	9.276	9.877	8.437
remuneración al trabajo	3.410	6.949	7.780	3.092	2.966	3.158	3.374
compra de bienes y servicios	2.172	1.513	1.559	3.093	3.522	3.750	2.668
gastos por transferencias	418	510	1.365	837	622	663	2.330
déficit o ahorro	-627	-4.080	-2.299	-1.085	100	107	381
gastos de capital	0	613	24	76	2.166	2.306	65
déficit o superavit	-627	-4.694	-2.323	-1.161	-2.066	-2.200	315

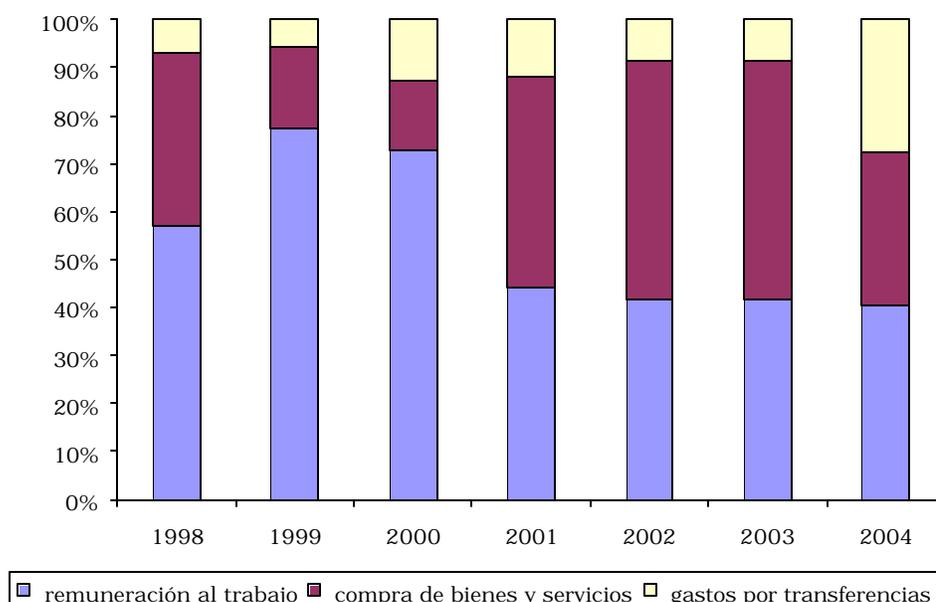
Fuente: Finanzas públicas - Medellín

² Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, revista No.35, mayo – junio de 2004.

Además, en este Hospital se ha desarrollado una fuerte reestructuración de la planta de personal y el déficit persiste. Luego, la situación deficitaria está más relacionada con el entorno en el cual se desempeñan los hospitales, por las transformaciones que originó el cambio de subsidio de oferta en demanda, por el nivel de complejidad de los tratamientos, por los bajos niveles de los indicadores de NBI de la población que es potencialmente demandante y por la categoría del municipio en donde está ubicado el hospital.

En resumen, el balance presupuestal del Hospital San Francisco de Asís fue de recurrentes déficit para todos los años de análisis, excepto en 2004, como efecto principalmente de insuficientes ingresos para la atención de más del 70% de la población del Departamento que recibe atención en salud a través del régimen subsidiado.

Gráfico 2
Chocó. Hospital San Francisco de Asís. Participación en los gastos totales. Años 1998 - 2004



Fuente: Finanzas públicas - Medellín

3.2.6.1.2 Producción de servicios

El Hospital San Francisco de Asís atiende el 70% de la producción de servicios médicos que requiere la población del Departamento, debido a que es la única institución de salud de segundo nivel en la región. Esta situación obliga al Hospital a comprometer recursos para el pago de un gran número de personal médico y operativo, lo cual se refleja en la difícil situación financiera de la entidad. La consulta médica externa y por urgencias tuvo un gran movimiento entre los años comparados, excepto para el año 2004 que presentó una notoria

disminución, debido a la falta de consultorios, personal asistencial y equipos básicos (electrocardiograma, neveras), lo cual obligó a retrasar y cancelar citas médicas a los pacientes precisamente cuando la demanda de servicios venía creciendo.

Cuadro 11
Chocó. Hospital San Francisco de Asís, producción de servicios.
Años 1998 - 2004

Indicador	número de procedimientos						
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Consulta médica							
consulta externa	15.255	17.091	15.141	21.895	16.895	21.378	13.779
urgencias	32.653	33.744	32.536	22.137	37.859	41.754	16.428
Hospitalización							
No. de camas	104	107	90	90	90	84	90
No. de egresos	4.593	4.685	4.246	4.721	5.208	4.780	4.420
Promedio día estancia	5	5	5	6	5	6	4.8
% ocupacional	61	60	73	83	87	96	71
Quirofanos							
cirugías	1.688	1.406	2.125	2.489	2.939	3.653	2.491
partos	1.505	2.175	1.595	1.326	1.284	1.274	1.348
Ayuda diagnóstica							
Exámenes laboratorio	100.590	100.595	71.534	70.191	66.255	52.949	33.465
imágenes diagnósticas	5.855	5.944	5.070	5.157	6.041	8.868	3.426
terapias	3.985	3.994	5.499	0	5.847	8.362	6.880

Fuente:Subgerencia asistencial hospital San Francisco de Asís

El servicio de hospitalización de que dispone el Hospital es bastante precario para la alta demanda, puesto que solo cuenta con una enfermera jefe y 6 servicios con capacidad instalada de 90 camas para atender los procedimientos de cirugía general, ortopedia, pediatría, ginecostetricia, unidad mental y medicina interna. La persistente carencia de medicamentos esenciales intrahospitalarios, de insumos médico-quirúrgicos y las deficiencias de la planta física, hacen que la hospitalización de los pacientes se incremente en perjuicio de la atención de un mayor número de personas.

El Hospital cuenta con 2 salas de quirófano (una está fuera de servicio), 6 camas de recuperación y una sala para procedimientos menores. La deficiencia en insumos e instrumental quirúrgico básico para realizar cirugías hace que no se cumpla con los estándares técnicos de atención y que los procedimientos se aplacen constantemente. Estos obstáculos también se presentan en el desarrollo de servicios complementarios tales como, exámenes de radiología, ayudas diagnósticas, terapias y rehabilitación, las cuales son de vital apoyo para los departamentos de urgencia, quirófano y hospitalización.

Las dificultades logísticas arriba descritas dieron lugar a que durante el año 2004 se efectuaran 187 remisiones de pacientes a entidades médicas de otras ciudades del país, debido a la urgencia de los procedimientos y la incapacidad científica para realizarlos. Entre estos procedimientos se señalan: fracturas con elevado grado de complejidad, hipertensión inducida por el embarazo, glaucomas, dicopatías y problemas renales. Esta situación agrava aún más los problemas financieros del Hospital por los costos adicionales que se generan en la remisión de pacientes.

Finalmente, no deja de ser preocupante que siendo el Hospital San Francisco de Asís el único prestador de servicios de salud de segundo nivel de atención, y ser la mejor alternativa de atención médica para los habitantes del departamento del Chocó, no cuente con la infraestructura física adecuada, los equipos, insumos y personal suficiente y necesario para salvaguardar la vida de los pacientes. Puede concluirse que la entidad refleja unas precarias condiciones en la producción de servicios de salud mucho más graves que su misma situación financiera.

En general, un riguroso monitoreo a la salud del Chocó lleva fácilmente a la conclusión de que a pesar que la Ley 100 de 1993 permitió incrementar la cobertura en salud, subyacen al interior del Departamento profundas dificultades en aspectos de salud pública tales como: el sostenimiento de la financiación del seguro de salud de los afiliados y de los que no han ingresado al sistema, deficiencias en la regulación del mercado de aseguramiento y dificultades de acceso al servicio a los afiliados y beneficiarios de los dos regímenes.

Sumado a lo anterior está la crisis financiera de algunas empresas promotoras de salud (EPS) y de gran parte de la red de hospitales públicos, lo cual viene motivando una reforma en profundidad al Sistema General de Seguridad Social en Salud (actualmente hay varios proyectos de reforma en el Congreso de la República), que pretende: incrementar la cotización de afiliación, reducir la densidad familiar y disminuir la unidad de pago por capitación (UPC). Estas modificaciones a la Ley 100 de 1993 podrían generar el retiro de afiliados del régimen contributivo, por la posible desmejora en la calidad del servicio y propiciar una reducción de los recursos para subsidios de salud del FOSYGA, que son una fuente de financiamiento del régimen subsidiado.

4. Conclusiones

A pesar de que en el departamento del Chocó no se cumplió el objetivo constitucional de alcanzar la cobertura universal en el sistema de seguridad social en salud, no puede dejar de reconocerse que su indicador de cobertura en proporción a la población total tuvo un importante repunte al pasar de 40,44% en 2001 a 59,42% en 2004. Esto se facilitó gracias al gran flujo de transferencias que recibió el Departamento para el incremento del número de afiliados al régimen subsidiado, el cual creció 36,14% en estos mismos años; en contrario, es preocupante el esquema de informalidad laboral que se presenta en oposición al incremento de afiliados al régimen contributivo.

A pesar de los avances logrados en transferencias de recursos para la salud, todavía quedan excluidas del aseguramiento 168 mil personas en Chocó y las posibilidades de lograr la cobertura universal son bastantes remotas. De una parte el bajo crecimiento del producto, el desempleo y las nuevas formas de contratación laboral van a seguir siendo un obstáculo para que lleguen nuevos cotizantes al régimen contributivo, y de otra, los recursos para salud del Sistema General de Participaciones van a seguir financiando la actual afiliación del régimen subsidiado, destinando muy pocos recursos para la ampliación de la cobertura.

Entre los grandes desafíos de las reformas de la seguridad social en salud están el de avanzar hacia sistemas universales que mantengan los equilibrios financieros y permitan un financiamiento sostenido de los beneficios. La construcción de un sistema de previsión social universal hace indispensable incorporar crecientes grados de solidaridad en el financiamiento, puesto que sin solidaridad no es posible avanzar hacia la universalidad.

A pesar de los esfuerzos de la reforma y de algunas mejoras realizadas durante la década de los noventa, aún queda mucho camino por recorrer en el tema de la salud en el Departamento. Es necesario aumentar los niveles de cobertura, que siguen siendo relativamente bajos en toda la región, lo cual implica extender los sistemas de salud hacia los mercados informales de trabajo. Por ello, las políticas públicas diseñadas para alcanzar algún tipo de universalidad y solidaridad en el sistema general de salud deben modificarse, en consideración a que la transformación de las estructuras del mercado laboral indican que seguirá predominando la generación de un empleo informal, tercerizado y desregulado, muy diferente al de hace algunos años, caracterizado por la estabilidad, la continuidad de ingresos y la cobertura de prestaciones sociales.

En ese sentido, los planes de desarrollo territorial se deben armonizar bajo el objetivo común del crecimiento económico y de la generación de empleo estable. Igualmente, se deben establecer acciones concretas que permitan incorporar a la seguridad social a toda la población que esté en capacidad de financiar total o parcialmente el seguro de salud y aquella que evade el pago de sus aportes.

5. Referencias bibliográficas

Cárdenas Gamboa, Diana, “Sostenibilidad financiera del régimen subsidiado en salud”, DNP, Bogotá, agosto de 2000.

Congreso de la República, Ley 100 de 1993, “Por la cual se crea el Sistema Integral de Seguridad Social”, Bogotá, diciembre de 1993.

Congreso de la República, Ley 715 de 2001, “Por la cual se dictan normas en materia de recursos y competencias y se crea el Sistema General de Participaciones”, Bogotá, diciembre de 2001.

Contraloría General de la República, “Evaluación de la política social 2003”, marzo, 2004.

Departamento Nacional de Planeación (DNP), “Estudio de cuentas de la Salud 1993 - 1999”, Bogotá. 2000.

Jeffrey D. Sachs / Organización Mundial de la Salud, “Invertir en Salud en pro del Desarrollo Económico.

Martínez, Félix, M. y otros. ¿Por qué no se logra la cobertura universal de la seguridad social en salud? Editorial Scripto Ltda., Bogotá, 2002.

Observatorio de la Seguridad Social, Grupo de Economía de la Salud (GES), “Oferta del seguro público de salud en Colombia”, Medellín, septiembre de 2001.

Reformas al sistema de salud: Revista Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales, No. 35, mayo/junio de 2004.

Titelman D. Hacia una nueva seguridad social en el siglo XXI: sin solidaridad en el financiamiento no habrá universalidad. Revista de la CEPAL, No. 69, diciembre de 1999.