

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

2004

Roberto Gutiérrez P. / Francisco José Yepes L.

¿QUÉ OPINAN DIVERSOS ACTORES DEL SECTOR SALUD FRENTE A LA
REFORMA DE LA LEY 100 DE 1993?

Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, enero-junio, año/vol. 22, número
001

Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia
pp. 147-158

¿Qué opinan diversos actores del sector salud frente a la reforma de la Ley 100 de 1993?

*Roberto Gutiérrez P.¹
Francisco José Yepes L.²*

Resumen

La reforma del sistema de salud implantada por la Ley 100 de 1993 provocó cambios profundos en todo el sector salud, a la vez que introdujo nuevos actores en el sistema. ¿Cómo perciben los diversos actores este cambio? ¿Cuáles son sus opiniones? Objetivo: presentar los hallazgos del componente cualitativo de un estudio mayor destinado a evaluar el impacto de los programas de ajuste macroeconómico sobre el sector salud en Colombia. Metodología: mediante un enfoque cualitativo, se configuraron seis grupos focales y se efectuaron diez entrevistas a informantes claves en dos regiones seleccionadas a propósito para maximizar las diferencias esperadas: una, de mayor desarrollo socioeconómico (valle del Aburrá con Medellín incluido) y otra, de mínimo desarrollo (litoral Pacífico). Resultados y discusión: dado el tipo de estudio, no presentamos opiniones representativas de la población colombiana, ya que solo pretendemos exponer una gama amplia de opiniones y percepciones de

diversos actores. Las percepciones dan cuenta de un cambio importante de caridad a derecho, aumento de recursos del sector y nuevos actores en juego, aumento del grado de institucionalización del sistema colombiano, un mayor trabajo intersectorial y una mayor gestión. También se perciben problemas como aumento de los costos administrativos y dificultades con los nuevos sistemas de información y facturación. Muchos arguyen que el sistema es demasiado complicado. Los resultados del cambio se perciben en forma diferente.

Palabras clave

Ley 100 de 1993; seguridad social; Colombia; conocimientos, actitudes y prácticas en salud; reforma del sector salud

¹ Ingeniero industrial, doctor en sociología, profesor asociado, Facultad de Administración, Universidad de los Andes, Bogotá.

² Médico, magister en salud pública. director ejecutivo de la Asociación Colombiana de la Salud (ASSALUD). E-mail: franciscoy@cable.net.co

Recibido: 14 de octubre de 2003. Aceptado: 20 de mayo de 2004.

What do different actors think about the health reform brought about by Law 100 of 1993?

Abstract

The health reforms brought about by Law 100 of 1993 led to profound changes throughout the health system and to the participation of a series of new actors. How do they perceive these changes? Which are their opinions? Objective: to present the findings of the qualitative component of a larger study destined to evaluate the impact of macroeconomic adjustment programs on the Colombian health sector. Methods: through a qualitative approach the focus was put on the perceptions individuals have about their health and health care. Ten key informants at the regional and municipal levels were interviewed, and six focus groups were conducted with community and health representatives. Results and discussion: the sample of informants for this part of the study was not representative of any given Colombian population. They were chosen in order to maximise the variety of the pool of informants. Our aim was to collect the widest variety of opinions possible. Health perceptions report an important change from charity to right, an increase in resources and new players for the sector, an increase in the degree of institutionalization of the Colombian health system, more work with other sectors and better management. Problems are also perceived: an increase in administrative costs, and difficulties with the new information and billing systems. Many argue that the system is too complicated. Change results are perceived in very different ways.

Key words

Law 100 of 1993; social security; Colombia; health knowledge, attitudes, practice; health sector reform

Introducción

La reforma del sistema de salud implantada por la Ley 100 de 1993 provocó cambios profundos que afectaron las relaciones entre pacientes y profesionales de la salud, la práctica profesional, las responsabilidades de los municipios, el financiamiento sectorial, los hospitales públicos, el papel del ministerio de salud, entre muchos otros, a la vez que introdujo nuevos actores en el sistema. La introducción de un seguro nacional de salud, la ampliación a las familias mediante la cobertura familiar, el fortalecimiento de los actores privados, los nuevos espacios de participación ciudadana, el régimen subsidiado, etc. son aspectos que han afectado de una manera u otra la vida de los colombianos.

La mayoría de los estudios publicados hasta la fecha sobre la reforma colombiana de la salud se han centrado en sus aspectos cuantitativos, pero poca atención se ha dado a las percepciones de los distintos actores. Este estudio trata de llenar este vacío. ¿Cómo perciben los diversos actores este cambio? ¿Cuáles son sus opiniones?

En este artículo presentamos los hallazgos del componente cualitativo de un estudio mayor destinado a evaluar el impacto de los programas de ajuste macroeconómico sobre el sector salud en Colombia, que contempló tanto el análisis de datos cuantitativos secundarios y primarios como de datos cualitativos. Los datos de este componente se recolectaron en dos regiones del país seleccionadas a propósito con la finalidad de maximizar las diferencias esperadas. Ellas fueron: una de mayor nivel de desarrollo socioeconómico (valle del Aburrá, con Medellín incluido, en Antioquia) y otra de mínimo nivel (litoral Pacífico).*

Este componente cualitativo se llevó a cabo con la finalidad de proveer perspectivas no exploradas por los datos cuantitativos, de ilustrar algunos de los hallazgos de esos datos y para ayudar a interpretar y a construir sentido de los mismos. Se entrevistaron diez informantes clave y se realizaron seis grupos focales con comunidad y funcionarios de salud. La selección de los informantes no fue repre-

sentativa de ningún grupo de población colombiana; sí buscó maximizar la variedad del pool de informantes con el objetivo de aumentar la diversidad de opiniones. La información presentada señala hacia nuevas exploraciones de las realidades enfrentadas por la sociedad colombiana. Preferimos, como Cronbach,¹ abandonar la búsqueda de verdades generales en favor de “hipótesis de trabajo”, que se puedan poner a prueba en nuevos contextos.

Resultados

Un cambio importante de caridad a derecho

La más fuerte percepción expresada por los sujetos de este estudio fue que el sistema de salud había cambiado de ser un sistema caracterizado por la caridad (los usuarios sentían que los servicios eran favores que ellos tenían la afortuna de recibir) a uno en donde los usuarios tienen derechos y pueden demandar calidad en el servicio.

Una enfermera del hospital San Andrés, de Tumaco, dice:

El mismo usuario no sentía que la salud era un derecho sino que, más bien, cuando solicitaba el servicio lo sentía como que venía a pedir un favor. Ahorita la gente es más consciente de sus derechos y exige asimismo que le den una atención, no de caridad.

La imagen de servicio de caridad fue reforzada por las instituciones de salud respaldadas por órdenes religiosas. La mayoría de las instituciones—religiosas o laicas—tenían prácticas segregacionistas. Según con una enfermera en Pasto,

la estratificación social era mayor: los desayunos eran diferentes, esos colchones tan terribles para la gente de caridad y le decían a uno: ‘pero siquiera tiene un colchón, porque él viene de dormir en el piso; primera vez que se va a acostar en una gran cama!’, y como también nosotros teníamos que clasificar la ropa: clasificarla para pensionados y clasificarla para los de caridad.

¿Cuánto más podría persistir un sistema tan discriminatorio? ¿Puede un esfuerzo para mejorar la calidad ofrecer mayor igualdad a los usuarios? Un profesor universitario que previamente dirigió la oficina de planeación de una entidad gubernamental de salud de Medellín lo plantea así al relacionar el cambio en el sistema con su mejor calidad:

* Se utilizó la misma muestra del estudio de calidad de vida de 1997. Para la región suroccidental se excluyó Cali.

La calidad del servicio une términos de la atención al usuario, donde uno lo que veía eran las filas. Cuando estamos atendiendo por razones de caridad, entonces no hay problema en que la gente esté haciendo fila o decirle: "vuelva mañana". No es mi problema, cosa que hoy es distinta, porque esa persona ya ha hecho un crédito o por lo menos alguien está pagando impuestos. El funcionario ya no está atendiendo por razones de caridad. Eso es un derecho; el paciente ya se puede quejar.

Un médico del pequeño pueblo de Chachagüí reconoce los problemas de calidad en un sistema basado en la caridad. No solo la logística de la atención de salud —como la oportunidad o la selección del médico—, sino la relación entre los actores del sistema ha cambiado. Más o menos con optimismo, él dice:

A la gente ya no se la trata como se la trataba antes. Como todo era de caridad, entonces se la trataba mal, definitivamente se la trataba muy mal. Ahora no, ellos tienen sus derechos. Como ser acreedores al régimen de seguridad social les da un estatus en el sistema que les garantiza que ellos vayan a exigir unos servicios. Ya ellos pueden escoger inclusive qué médico lo atiende, quién no. En realidad, el advenimiento de la Ley 100 ha sido un gran beneficio para este municipio.

Si realmente se ha dado un cambio en el estatus sistémico de las poblaciones subprivilegiadas es una pregunta aún por resolver. Aun cuando los tres testimonios citados afirman que tal cambio ha ocurrido, nosotros no somos tan optimistas. Regresaremos a este punto al hacer la interpretación de la información.

¿Por qué se ha dado un cambio tan dramático en la percepción que las personas tienen del sistema de salud? Tanto usuarios como proveedores reconocen que ha habido un aumento de recursos y que se han dado cambios en la regulación y organización del sistema. Reconocen que un sistema complejo está ahora operando en un entorno diferente. También experimentan resultados diferentes como producto del sistema. Veamos una breve descripción de estos aspectos.

Se aumentaron los recursos del sistema de salud
Hay más recursos financieros que fluyen en el sistema. El mismo profesor universitario y anterior

funcionario público citado antes resume las nuevas características que son aparentes al público general:

Se pueden atribuir a la reforma la aplicación de nuevos recursos y la noción misma de un sistema. Unido al hecho de que ya los nuevos recursos se reciben mediante un contrato y que ese contrato tiene condiciones, todo eso me parece que está generando efectos positivos. Nosotros adoptamos un lema: "En Metrosalud el siglo XXI empieza por San Antonio de Prado", porque es un hospital nuevo con las características del hospital que se quiere en el futuro, un modelito en una escala mediana de acabar con la idea de que el hospital público es aquel de la caridad que se le están cayendo los muros. Es un edificio con unas características muy interesantes. Alguna vez fui con el gerente y se me acercó un señor muy humilde y me dijo: "Doctor, ¿a nosotros nos van a seguir atendiendo en ese hospital?, ¿sí nos van a atender ahí?" Me parece que esa es una de las cosas bonitas de la Ley 100, es decir, aquí no importa quién sea, les vamos a atender con el mismo trato. Igual, hay centros de salud; hay uno hermosísimo que se llama La Quiebra, en San Javier; en Belén mismo se acaba de entregar uno acá en la comuna nororiental, San Blas, con esas características: uno entra y es otra cosa. Eso no más va generando una imagen distinta.

Los edificios viejos fueron remodelados y se construyeron nuevos con los recursos que llegaron. El número de camas no necesariamente aumentó; mientras los hospitales públicos eliminaron un buen número de camas, los privados aumentaron, aunque no de forma equivalente al número que se eliminó. Los usuarios de un sistema público deteriorado estaban maravillados y temerosos de no poderse beneficiar de estos cambios, como en el testimonio arriba mencionado. Sin embargo, la mejora y la expansión de la infraestructura física tuvieron algunas consecuencias no esperadas. De acuerdo con médicos del hospital Marco Fidel Suárez, de Bello, la competencia para obtener los fondos necesarios para recuperar las inversiones afecta la calidad de los servicios provistos:

En el valle del Aburrá, en Antioquia, hubo una sobredimensión de la infraestructura hospitalaria. Construyeron clínicas a lo loco: Las Américas, Las Vegas, se creció el Hospital Pablo Tobón, Soma, fuera de las viejas que existían por muchos años. Hay tanta oferta que también eso hace que la competen-

cia sea más, pues; al mejor postor, no al de la mejor calidad sino al mejor postor. Hay competencia desleal aquí dentro del mismo municipio.

Pero más allá del aumento de los recursos financieros, la configuración del nuevo sistema de salud incluye la aparición y consolidación de nuevos actores. La siguiente cita del director administrativo del hospital San Andrés, de Tumaco, plantea el problema de más dinero distribuido entre más actores:

Los recursos no llegan porque hay mucha intermediación. Si la asociación de usuarios presionara a que esa intermediación cumpliera con sus obligaciones y no solamente dejase en el papel a la institución solita, se beneficia el usuario.

Lynne Zucker describe las estructuras formales, los patrones organizacionales de acción y los papeles que se pueden identificar como elementos del aumento o disminución de la institucionalización del sistema.² A fin de describir cómo el sistema de salud colombiano está siendo más y más institucionalizado, utilizaremos las percepciones de nuestros informantes para describir algunas de las relaciones establecidas por sus nuevos actores, algunos de los procesos en que participan y el papel que el Estado ha desempeñado durante los últimos 15 años.

En el estudio realizado por Yepes y Sánchez³ ya se había reportado un aumento en la cantidad y calidad de la participación de los líderes comunitarios en las juntas directivas de hospitales, en los comités de veeduría ciudadana, en las asociaciones de usuarios y en los comités de participación en salud desde la descentralización de la década del 80 y un intrincado patrón de alianzas entre funcionarios de salud, aseguradores, hospitales y comunidades y algunos conflictos entre regionales y directivos hospitalarios. Nuestros informantes reportan que hay un sistema totalmente nuevo en funcionamiento. El diálogo entre dos trabajadores de la salud de Tumaco ilustra la emergencia de nuevos actores en el sistema:

Del ochenta a esta época, la salud ha cambiado muchísimo, principalmente para el usuario. Existía nada más el hospital; malo o bueno el servicio, solamente el hospital. En este momento ya no, el usuario puede elegir su diferente EPS; que si por x o y motivo esa EPS

no lo trató bien, ¡hombre!, ya le dan la posibilidad que se retire de ella y que se meta a otra que crea que lo va a tratar mejor.

Las personas esperaban un salvador que se lo diera todo. Además no había multiplicadores, no había líderes en la comunidad, o si los había no tenían como ese arranque y no tenían tampoco un patrocinio. Ahora hay diferentes programas, diferentes cursos, existen promotores, existen líderes comunitarios y también los medios de comunicación están informando del nuevo cambio que ha habido en la salud y que las personas sepan que pueden acceder a una carnetización y tienen derecho a la salud. Igualmente la infraestructura y la tecnología en los hospitales han mejorado del ochenta al noventa. Eso ha hecho que la salud mejore.

Hay mayor intersectorialidad y mayor gestión

No solo han aparecido nuevos actores, sino que la colaboración entre sectores se ha fortalecido. En los ochenta los sectores de salud y educación tuvieron programas comunes y las relaciones crecieron en los noventa con la reforma del sector salud. Según un funcionario de salud de Pasto,

la intersectorialidad ha sido otro de los grandes avances con la Ley 100. Trabajar intersectorialmente enriquece mucho los procesos. Tenemos procesos con el Instituto de Bienestar Familiar que nos han permitido llegar a más gente, dar cobertura a más gente, prestar servicios de mejor calidad, ahorrar esfuerzos, ahorrar recursos; igual lo estamos haciendo con educación: ya hay acercamiento hacia las universidades, hacia los colegios, hacia las secretarías de salud municipal, con las entidades privadas, hacia todas las EPS, IPS. Muestra de eso también es la feria que hoy se ha estado desarrollando, liderada por la Dirección de Salud Municipal. Muchos otros procesos también nos han permitido dejar un poco las acciones puntuales y eso permite, quizá, que la gente de verdad adopte cambios de comportamiento. Eso es lo que nos va a permitir generar esa nueva cultura de la salud.

Como resultado de todas estas relaciones dentro del sector salud y con otros sectores, el gerente del hospital San Andrés, de Tumaco, dice que la gestión ha hecho un impacto en los hospitales:

Otra cosa que cambió de los ochenta a los noventa es la figura gerencial: ya hay un manejo gerencial de salud. Cuando se constituyen los hospitales en empresas sociales, esa figura gerencial sale de una terna en la que entra otro ente que no había, que es la junta directiva en el caso de nuestro hospital.

de elementos exitosos vista en otros y las normas impuestas por algunas profesiones médicas y gerenciales desempeñan un papel importante en la formación del nuevo sistema de salud de Colombia.

Hay nuevos desafíos

El sistema colombiano de salud enfrenta nuevos desafíos. Aunque algunos perciben que “las enfermedades de la pobreza no han cambiado”, otros (por ejemplo, los médicos de Tumaco) notan un cambio en el perfil epidemiológico:

Yo diría que sí ha cambiado el panorama. Quince años atrás, teníamos brotes de sarampión, teníamos casos de poliomielitis, teníamos tos ferina, tétanos neonatal, la misma enfermedad diarreica aguda, las mismas infecciones respiratorias. Creo que sí se siguen presentando como morbilidad pero la mortalidad yo creo que ha cambiado, y lo que sí se nos ha aumentado son las cardiovasculares, la accidentalidad, la violencia. Eso no lo teníamos, existía pero en menor proporción. Los problemas de adolescentes, de embarazo, parto y puerperio se han acrecentado; antes estaban pero ahorita, como el aborto, todas estas cosas han aumentado.

Algunos cambios están relacionados con educación y exposición a riesgos, dos factores lejos de ser ideales. Dos funcionarios de gobierno en Tumaco describen la situación en el siguiente diálogo:

Van de la mano mucho lo que es educación y lo que es salud, porque es verdad que hay niños que se nos mueren, pero yo pienso que no tanto por la falta de comida, mas sí por falta educativa de esa madre que tiene. El nivel educativo nuestro es muy bajo a nivel de la costa y, por ende, pues también tenemos baja la calidad de salud.

Pero también hay que tener en cuenta que nosotros aquí mismo en Tumaco no tenemos un acueducto adecuado. Tumaco es una ciudad, no es un pueblo, y no hay un alcantarillado, usamos aún pozo séptico. Aquí hay casas donde aún no existe una taza sanitaria, aquí en Tumaco no usan. Imagínese a nivel rural, el agua de pozo con la cual se alimentan, los ríos contaminados.

Hay resultados percibidos en forma diferente

Las percepciones sobre acceso y calidad de los servicios de salud varían para las diferentes poblaciones del país. Aún en una misma población, las

percepciones sobre acceso y calidad en los ochenta difiere de aquella en los noventa. Un exfuncionario del mayor proveedor de servicios de salud pública en Medellín compara las dos décadas:

En el pasado existían ciertas limitaciones para el acceso de la población más pobre por dos razones básicas: una, los centros hospitalarios y de salud típicos de Metrosalud vivían llenos de gente pidiendo citas, un problema de acceso por oferta insuficiente, y dos, un aspecto muy importante que también tiene que ver con oferta insuficiente sería la parte de insumos, la posibilidad de brindar una atención integral. Se atendía a la persona pero no se tenían medicamentos, entonces la persona salía a pedir dinero con fórmula en la mano. Una de las ventajas de la reforma es brindar un plan de medicamentos. Es posible que para ciertos grupos haya aumentado la probabilidad de exclusión. Como pasamos de una política universalista a una focalizada o selectiva, es posible que algunos grupos en la frontera —digámoslo así— de pobreza, por razones de imperfecciones del Sisben, esté hoy excluida. A uno le cuentan mil casos al hablar con la comunidad: que a esta señora no la atienden, mire como está de enferma pero por cosas de la vida la clasificaron en nivel cuatro del SISBEN, paga el 100% y la familia no tiene nada.

Un tercio de la población vive con menos de dos dólares al día según el Banco Mundial y es este grupo de personas el que enfrenta dificultades en el acceso a los servicios de salud de diferentes formas. El director administrativo del hospital San Andrés, de Tumaco, lo expresa de la siguiente manera:

En los municipios y en las veredas se debe tener en cuenta la situación económica y el nivel de pobreza. Aquí se mueren de hambre los niños. Por la situación de pobreza en la que vivimos [...] la cultura, el bajo nivel educativo; buscamos lo más barato, al yerbatero o no se alcanza a llevar sino los remedios que nosotros en la casa le podemos estar administrando, la automedicación. La farmacia no le cobra la consulta y de una vez le formula, o sea, eso es mucho más barato que ir a hacer cola, madrugar, pedir la cita, traer la documentación, todos los requisitos que exigen hoy en día las instituciones para poder tener acceso al servicio. Y definitivamente ante la situación, la persona prefiere pagar solo la droga así corra el riesgo que corra, sin saber el farmaceuta exactamente a qué está expuesto el paciente.

Las barreras económicas al acceso —como la descrita en la última cita— son menos visibles que

las experimentadas por los habitantes del campo. Estas personas no solo experimentan los problemas económicos sino diferencias culturales y educativas que las inhiben de recibir los beneficios del sistema de salud. Un trabajador social en Tumaco describe las barreras geográficas que tienen que vencerse para ganar acceso a los servicios de salud en la región:

A eso está sujeta la gente del área rural. En la parte de la carretera, pues puede venirse a cualquier hora, pero la gente de la parte de los ríos, la gente de la parte de las playas tiene que contar con las mareas para poder venir. Entonces, si alguien se enferma tiene que esperar que la marea esté alta, que tenga algún motor, que haya transporte, que tenga gasolina en la comunidad y la platica y todo eso para poder llegar acá. Eso hace más difícil la forma de tener acceso, lo vuelve bien difícil y encima, si tienen un carné o si tienen ese carné, ya está vencido. Ahora por ejemplo se está exigiendo que tiene que traer el registro civil, la cédula y aquí hay mucha población que está sin registrar. Ese es un problema muy grave: aquí la mayoría de la población no tiene registro civil, muy indocumentada. La gente no cuenta. Por eso a nosotros nos tienen por allá con unas estadísticas de población mucho menor de la real. Aquí la población es bastante pero por allá aparecen poquiticos. La gente no quiere registrarse, no tiene registro civil el papá, no tiene la mamá, no tienen cédula y eso se vuelve una limitante a la hora de poderles brindar los servicios: a la hora de irlos a carnetizar, a la hora de facturar, a la hora de todo, eso se vuelve una limitante para nosotros. Hay un grupo con limitación de accesibilidad geográfica, cultural, económica, como es el grupo de indígenas. A pesar de todos los espacios que ellos han ganado, los indígenas de aquí de este municipio todavía siguen muy reducidos a unas condiciones infrahumanas, sobre todo los que no hablan español. Hay todavía indígenas que manejan su dialecto y a uno le queda superdifícil comunicarse con ellos.

Otro grupo creado por el diseño del sistema es el eufemísticamente llamado de "vinculados". Ellos no son ni afiliados al régimen contributivo ni al subsidiado y quedan en el vacío. Un líder comunitario de Medellín dice:

Los vinculados son la población que el sistema le niega todo y que entonces la seccional de salud y la secretaria de salud de Medellín están asumiendo. De hecho les corresponde.

Los "vinculados" son una categoría residual. Aunque el Estado es responsable por la atención

de sus necesidades de salud, los recursos son escasos y quedan muchas preguntas sin respuesta. Un funcionario de gobierno en Pasto muestra el contraste entre aquellas administraciones municipales que responden y aquellas que no lo hacen:

Empezamos entonces a levantar nuestra propia estadística: en los usuarios de Bienestar Familiar con seguridad social, Pasto tiene doce por ciento de régimen subsidiado, un ocho por ciento de régimen contributivo y el resto afortunadamente funciona aquí el vinculado. En los otros municipios el promedio es un siete por ciento con régimen subsidiado y dos por ciento con régimen contributivo. Únicamente en Pasto funciona el vinculado, en el resto pienso que es un aparato que está montado ahí pero la respuesta es contundente: no hay recursos, el municipio no tiene un solo peso.

Algunos miembros de la comunidad tienen la percepción de que el sistema es más duro ahora. Recuerdan los días de la caridad y los contrastan con la rigidez del sistema actual. Uno de ellos expresa así su descontento:

El contrato que se hizo para prestarle la salud a los vinculados es horrible de dañino porque pone unas limitantes, menores de cinco años y mayores de 59, y la otra población, ¿en poder de quién está?, ¿quién le va a garantizar que la van a atender?; nadie la atiende. En el sistema anterior, Metrosalud atendía hasta donde le alcanzara y estiraba. De verdad que había deficiencias en la cobertura pero se hacían milagros. Ahora no, ahora llega un pobre a la puerta de Metrosalud y devuélvase, no está en el sistema, usted es nivel tres del Sisben, y sabiendo uno que es un pobre vergonzante, que de pronto tuvo un trabajito.

Hay varios aspectos que influyen en la percepción individual de calidad. Ante todo los usuarios perciben una diferente calidad en la entrega de servicios de salud debido a que ya no es más un servicio de caridad. Puede ser más duro, menos personal en algunos casos, pero el paternalismo está desapareciendo. Una de las quejas es que se está sacrificando la calidad debido a los requerimientos cuantitativos impuestos por los administradores sobre los médicos. El director científico del hospital San Andrés, de Tumaco, se queja con las siguientes palabras:

El cuerpo médico ha perdido esa mística. Se ve al paciente por cantidad y no por calidad de atención

porque nos exigen eso a nivel del hospital. A nivel de un consultorio, por ejemplo, que lo contraten a uno, usted tiene que verme ocho pacientes y verá como los ve. Termina es el usuario pagando los platos rotos.

Y su contraparte en el hospital municipal de la Estrella añade:

La calidad ha decaído porque el médico está insatisfecho, porque el médico está aburrido, porque el médico está cansado, porque tiene que ver cuatro, cinco y seis pacientes por hora para poderse hacer un salario medianamente decente. Esto toca una serie de elementos a los cuales el Estado se da la vuelta y se tapa los ojos y no quiere saber de eso: "A mí no me hablen de eso, sean ustedes autosuficientes. Si ese hospital se quebró es porque el gerente no sirve pa' nada, porque los médicos...". O sea, todas esas falacias que le venden a la opinión pública para desprestigiar una institución, para desprestigiar un gremio.

Como con otros aspectos de la reforma sectorial de 1993, hay reglamentaciones que intentan establecer normas de calidad pero la realidad es diferente. Según un médico de Bello,

hay decretos reglamentarios de calidad a nivel de la Ley 100, pero en ninguna parte se ha montado, ni en las EPS ni en las IPS. Salió en un decreto el aseguramiento de la calidad, que se ha tratado pero no se ha podido implementar.

La presión para institucionalizar el sistema trae consigo un aumento o disminución en la calidad de la atención provista. Los sistemas de información constituyen un caso para ilustrar en dónde hay ganancias y pérdidas: por una parte, los médicos se sienten presionados para mejorar la calidad de sus historias clínicas, pero por otra, los problemas para sobrevivir son tan urgentes que los sistemas de información y de investigación se han descuidado. Las siguientes citas de médicos de Bello ilustran tanto los aspectos positivos como los negativos del actual sistema:

La calidad de la historia clínica ha mejorado, porque ya los médicos se preocupan más por escribir todo: lo que hacen, lo que dejen de hacer. Primero por las demandas, y segundo para pagar la orden al hospital. Si eso no está sustentado en la historia clínica, lo pueden glosar. Entonces la calidad en la historia clínica a la fuerza ha mejorado, porque antes los médicos en urgencias ni siquiera se hacía historia clínica; los médicos en consulta escribían dos renglones, y ya.

Añaden acerca del desorden en el sistema de información:

Los índices de mortalidad, de morbilidad, se manejaban muy bien en la época en que la dirección seccional tenía estos hospitales y le interesaba manejar eso. A pesar de que sí el hospital terminaba con un déficit, se lo subsanaba. Le interesaban esos índices para poder decir: "Es que el hospital atendió más de los que habíamos presupuestado, ¿cierto?" En cambio ahora estos índices se han olvidado o se llevan mal, pero análisis no se hacen porque los hospitales están tratando de sobrevivir, de conseguir como sea para tener un punto de equilibrio.

Finalmente, se quejan de la desaparición de los programas de investigación desarrollados con fondos gubernamentales y de la falta de interés en la investigación en salud pública:

Del laboratorio departamental de salud pública quedó un laboratorio de dos salas nada más; era una playa grandísima con capacitación permanente para todo el personal médico, y del apoyo permanente ya no hay nada. Ya lo que hay es investigación, pero investigación que está apoyada por entidades internacionales y que van enfocadas a determinadas enfermedades que no le están aportando realmente nada a la salud del pueblo, está desenfocada de lo que es la realidad del pueblo.

Y se perciben algunos efectos negativos importantes

Las percepciones de cómo el mercado controla el desempeño de los actores del sistema están de la mano con percepciones de que muchos programas de salud pública se han deteriorado y de que el gobierno no está haciendo su parte. El director científico del hospital Marco Fidel Suárez, de Bello, dice lo siguiente:

En vigilancia epidemiológica había un control de enfermedades; en este momento todo se desmontó. Para todo había recursos, se podía desplazar perfectamente cualquier funcionario a donde lo necesitaran y no estaba afectando en ningún momento el funcionamiento ni la atención de los pacientes. Ahora no, ahora solo nos volvimos máquinas que producimos y entre más producimos mucho mejor. La calidad no la está controlando nadie, no hay cómo controlarla porque se desmontaron todos los estamentos que estaban encargados de esos controles, como era el Instituto Nacional de Salud, los laboratorios departamentales de salud pública y los programas de vigilancia epidemiológica, que tenía responsables en cada departamento, en cada hospital, en cada centro de salud.

El control de enfermedades empieza con los programas de prevención y promoción. La cobertura de un programa modelo de inmunización ha disminuido desde 1997, según el jefe de tal programa en Nariño. Cuando los recursos públicos y el control disminuyen, la salud pública sufre. Para algunos, como el director del hospital municipal de la Estrella, la salud pública salió perdiendo con la reforma de salud de 1993:

La salud pública se acabó; la acabamos. Estas actividades están muy mal llevadas. Cuando a mí me dicen como institución: «son actividades de segundo nivel», no lo puedo pasar como para un plan de atención básica. Quiero hacer énfasis en que las actividades de promoción y prevención, tanto en el plan de atención básica del régimen contributivo y ARS deben ser para toda una comunidad y no ser discriminatorias. Estas actividades han decaído mucho porque ya no existe la vigilancia, porque ya no existe el control que teníamos de parte de la dirección seccional de salud en que decían: “hágame el favor y me mandan el informe de vacunaditos; hágame el favor y mandan los sintomáticos respiratorios; hágame el favor y me mandan los de las venéreas: cuántos tuvieron sífilis”. Eso ya se ha olvidado demasiado, están perdidos.

Un ex funcionario de planeación de salud de Medellín describe una de las formas en que los programas de prevención y promoción se han deteriorado:

Se dieron dos problemas graves y fue en todo el país. Uno, lo que sería la frontera entre la promoción y la prevención del POS y el PAB. Empezaron la discusión: eso es PAB, eso es POS, eso lo paga la ARS, eso lo paga... Segundo problema: ¿quién lo paga? Entiendo que la tradición que tenía Metrosalud en todo el cuento de la promoción y la prevención era hermosísima; ahora se está recuperando fuertemente, pero a mí me lo confesaron, aquí nos llamaron de no sé cuántos en el 95: olvídense de la promoción que eso no es de nosotros. Pasó, en uno de nuestros casos, que el hospital estaba gastando 180 millones de pesos en personal que hace PAB y el municipio le pagaba 80. Solución: se suprimieron los cargos.

La participación ciudadana es otra forma de control prevista en el sistema colombiano. Si bien está reglamentada, sus logros reales están aún por obtener. Yepes y Sánchez³ encontraron falta de control social en las decisiones de financiamiento. La parti-

cipación ciudadana todavía necesita de mucho desarrollo. Algunos, como el funcionario de participación comunitaria de Bello, dicen:

La comunidad se ha manifestado es cuando nosotros la convocamos para cumplir requisitos de ley. Cuando la comunidad se relaciona con la secretaría de salud, es para llenar un requisito formal. No se relaciona para hacer veeduría; en ningún momento para hacer exigencias.

Un peligro en la participación ciudadana es la manipulación de que puede ser objeto. Un alto funcionario del gobierno en Medellín confiesa que

cuando conviene una cosa, uno los reúne. Nosotros llevamos la idea, la llevamos preconcebida, la sacamos como a nosotros nos da la gana.

Otros ven algún progreso, testifican sobre líderes comunitarios que quieren aprender sobre el sistema y que empiezan a hablar su idioma. Sin embargo, son escasas las experiencias exitosas de participación. Correa documenta una en Barranquermeja y la caracteriza como un experimento en el cual la comunidad se hizo cargo del problema, manteniendo a los políticos y a otros por fuera de la organización que crearon.⁴ En las regiones visitadas, se ve la participación como un proceso. Hoy algunas comunidades han trabajado juntas para ajustar los horarios de atención a sus necesidades, otras han presentado solicitudes a los directivos hospitalarios. Todas están tratando de entender el funcionamiento del sistema.

Discusión

Colombia ha luchado desde 1993 por cambiar un sistema que antes subsidiaba la oferta por uno que subsidia la demanda de servicios de salud. Las percepciones sobre el nuevo sistema varían. Los médicos tiene una perspectiva que difiere de la de otros profesionales; los médicos generales, una diferente de la de los especialistas; los líderes comunitarios ven algunos problemas, mientras que los funcionarios del gobierno ven otros.

Los puntos de vista aquí presentados no son representativos de la amplia variedad de opiniones, pero apuntan a aspectos que deben tenerse en cuenta. Nuestro objetivo no es encontrar percepciones generalizadas sino presentar una serie de opiniones diferentes.

Pocas percepciones se comparten con amplitud. Aún aquellas ampliamente compartidas, como la percepción de que ocurrió un profundo cambio sistémico, tienen importantes cualificaciones. Por ejemplo, aunque los informantes están de acuerdo en que el sistema de caridad se dejó atrás, algunos creen que algunas de sus características se deberían rescatar. Una queja es la de que la mística con que los médicos trabajaban antes se ha perdido en un sistema en el cual las transacciones de mercado han ganado preeminencia. ¿Se puede hacer esa afirmación sin estudiar los comportamientos y motivaciones de los médicos?

Otra observación es que los pobres ganaron estatus en el nuevo sistema. Si bien es cierto que los pobres han ganado algunos derechos, no hay ninguna garantía de que se les trate con igualdad. Hace diez años era el gobierno el que, a través de los subsidios a la oferta, pagaba por la atención de los que no tenían con qué. Hoy el dinero que paga la atención de los pobres proviene de diferentes fuentes, tanto del gobierno como de los fondos de solidaridad. El sistema aún discrimina, aunque menos notoriamente, entre quienes pueden pagar por su atención y quienes no. Pero aún está lejos de ser un sistema ciego o neutral.

¿Se ha dado algún cambio en el estatus de los que no tienen con qué pagar? ¿El cambio en el origen de los fondos para pagar por la atención en salud ha cambiado la relación entre prestadores de servicios y usuarios? Nuestro estudio no está en capacidad de responder a estos interrogantes, solo los puede generar. Nuestro estudio cuestiona las realidades que están por detrás de las percepciones manifestadas.

Para terminar, nos parece importante plantear el problema de la complejidad del sistema de salud colombiano. La distancia entre la ley y la realidad enfrentada por los usuarios del sistema aparece a través de los diálogos con nuestros informantes. Un líder comunitario en Medellín añade:

Hay una cantidad de cosas que programan los representantes de salud de muy buena gana, pero se equivocan en lo más elemental para formular un proyecto: analizar la población afectada; nunca llegan allá. ¿Por qué? Porque lo ven desde la oficina, lo ven desde estadísticas, de números y pesos y dicen necesitamos esto y

esto, montemos eso, eso es lo que sirve. Pero nunca llegan a decir qué pasaría con la gente si de pronto los papeles no tenemos cómo mandarlos a tiempo, qué pasaría con la gente si de pronto sacáramos un médico de acá; nunca llegan allá. Nosotros conocemos la realidad y posiblemente podemos conocer las soluciones, ellos no.

Varios informantes percibieron que la reforma era necesaria. Algunos médicos querían regresar al antiguo sistema, algunos académicos proponían mantener el actual en las ciudades y tener uno diferente para el campo y las pequeñas poblaciones. Cualquiera que sea el sistema, muchos de los problemas surgen por tratar de mantenerse al día con una legislación que no siempre está de acuerdo con las realidades que se viven.

Los esfuerzos del gobierno para descentralizar el sector han tenido muchos efectos diferentes. El desarrollo de la capacidad institucional en el nivel local se está dando, pero se presentan problemas como construcciones innecesarias o redundantes. Por ejemplo un alcalde de un municipio del valle del Aburrá admitió: "Francamente, yo hice eso porque el médico me dijo que eso era muy bueno".

Por otra parte, algunas administraciones municipales parecen haber olvidado por completo el sector salud. Los contextos en los cuales funciona la reforma al sistema de salud colombiano varían notablemente y, por lo tanto, su aplicación y nivel de resultados.

Conclusiones

No es fácil emitir juicios desapasionados sobre una reforma tan profunda y compleja como la reforma colombiana de la salud. Se afectaron muchos intereses, unos para bien y otros para mal, y cada quien expresa sus opiniones según el impacto que percibe.

Cuando nos acercamos a los diez años de aplicación de la reforma, es importante hacer un balance que nos permita identificar los aportes positivos, los efectos negativos y los problemas por solucionar. El estudio reportado en este artículo solo pretende añadir a los elementos de juicio un panorama amplio y diverso de las vivencias y opiniones de un grupo de actores de dos zonas muy

diferentes del país, y apuntar a áreas o componentes de la reforma que deben ser estudiados con mayor profundidad.

Reconocimientos

Este artículo está basado en los hallazgos de parte del componente cualitativo del estudio *Macroeconomic adjustment policies, health sector reform and the impact on access to utilization and quality of health care: the Colombian case*, realizado por ASSALUD con el apoyo de COLCIENCIAS (contrato No.431-97), del CIID y de la Fundación FES.

Referencias

1. Cronbach LJ. Beyond the two disciplines of scientific psychology. *Am Psychol* 1975; 30:116-127.
2. Zucker LG. Institutional theories of organizations. *Annu Rev Sociol* 1987; 13: 443-464.
3. Yepes FJ, Sánchez LH. La descentralización de la salud en Colombia: estudio de casos y controles. Bogotá: Asociación Colombiana de la Salud (Assalud); 1999.
4. Correa CE. Conocimiento y realidad: dos dimensiones inconmensurables en el campo de los problemas humanos. Santafé de Bogotá, 1995. Trabajo de grado (Maestría en Ciencias Políticas). Universidad de los Andes.