

Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas

The Colombian healthcare system: 20 years of achievements and problems

Carlos Alberto Agudelo Calderón¹

Jaime Cardona Botero¹

Jesús Ortega Bolaños¹

Rocio Robledo Martínez¹

Abstract *An overview of some of the key processes and results of Colombia's National Health System is presented. A systematic review of the literature evaluating the quality of the evidence published in indexed journals and literature not published in journals was made. Health system financial resources have seen a sustained increase while spending on health has remained at around 8% of GNP. Coverage, measured by affiliation to contributory and subsidized regimes, is in the order of 92% of the total population. The Mandatory Health Plan, defining the benefits to which one has access, has been broadly maintained but has been hampered by mechanisms for making legal complaints, thereby leading to financial deficits. The health system has contributed towards improving the poorest sector's income, but inequalities persist due to the lack of universal coverage, differences in health plans and the system's expenditure according to the population's income. Advances made in the National Health System have been positive but universality has not been achieved and this has stagnated in matters regarding access to services and equality.*

Key words *Health system, National Health System, Colombia, Coverage, Financing, Equity*

Resumen *Se presenta un balance de algunos procesos claves y resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia. Se realizó una revisión sistemática de literatura publicada en revistas indexadas con valoración de la calidad de la evidencia, y literatura no publicada en revistas. Los recursos financieros del sistema de salud, se han incrementado de manera sostenida, mientras el gasto en salud se ha situado alrededor del 8% del PIB. La cobertura, medida por la afiliación a los regímenes contributivo y subsidiado, se encuentra alrededor del 92% de la población total. El Plan Obligatorio de Salud, que define las prestaciones a las cuales se tiene acceso, se ha mantenido con un carácter amplio y ha sido rebasado por mecanismos de reclamo jurídico (tutelas), generándose déficits financieros. El sistema de salud ha contribuido al mejoramiento del ingreso de los más pobres, pero persisten las inequidades que provienen de la ausencia de cobertura universal, de las diferencias en los planes de salud y en el gasto del sistema según ingresos de la población. El avance del SGSSS es positivo pero no ha logrado alcanzar la universalidad y se ha estancado en acceso a los servicios y equidad.*

Palabras clave *Sistema de salud, SGSSS, Colombia, Cobertura, Financiación, Equidad*

¹ Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá, Cra. 30, Calle 45 Código Postal 111311 Bogotá, D.E. Colombia. caagudeloc@unal.edu.co

Introducción

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia fue creado en el año de 1993 (Ley 100). Es un sistema de salud de competencia regulada, basado en la mezcla pública-privada y mercado-regulación, cuyas principales fuentes de financiamiento son las cotizaciones de empleados y empleadores, que financian el régimen contributivo, y los recursos fiscales obtenidos por medio de impuestos generales, que financian el régimen subsidiado. Las Empresas Promotoras de Salud-EPS son entidades públicas y privadas que operan como aseguradoras y administradoras. Las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) se encargan de proveer los servicios de atención a los usuarios, de acuerdo con las prestaciones o beneficios definidos en el Plan Obligatorio de Salud-POS. El contenido del POS del régimen subsidiado representa cerca del 60% del que tiene el régimen contributivo. El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), se encarga de reconocer el pago a las EPS, según el número de afiliados y el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y trasladar recursos fiscales para el régimen subsidiado. Las grandes fuerzas que regulan el SGSSS son la macroeconomía (estructura productiva y salarial, empleo, distribución del ingreso y tendencias económicas) el desarrollo social, en especial la pobreza, el grado de desarrollo general, el modelo de industrialización, el sistema productivo y laboral, la concentración del ingreso, los recursos fiscales, la descentralización y otros similares.

El modelo de financiamiento mixto del SGSSS es quizás el más difundido en el mundo, en especial en los países en desarrollo o de ingresos bajos y medios. En cada país este modelo se ubica en alguna combinación de recursos de seguridad social, obtenidos por medio de cotizaciones y recursos fiscales, originados en los impuestos. Adicionalmente, en cada país el sistema de salud adopta una estructura, una organización y unos arreglos institucionales específicos¹. En Colombia, los recursos financieros que se obtienen por medio de cotizaciones y aportes representan cerca del 70% del total, mientras que más del 50% de los afiliados se encuentran en el régimen subsidiado.

Debido al diseño del SGSSS son numerosos los actores e instituciones que hacen parte de las líneas de planeación, decisión, asignación de recursos y operación: Ministerio de la Protección Social, Superintendencia de Servicios de Salud, entidades territoriales y Secretarías de Salud, EPS, IPS, hospitales de diferente nivel y comunidades.

Cada uno de ellos juega un papel en términos del mercado o de regulación y se encuentran en medio de esquemas de relación, articulación, subordinación y participación. Quizás los actores más complicados son las EPS, instituciones de naturaleza pública o privada, con o sin ánimo de lucro. Pueden operar como instituciones aseguradoras, administradoras y como agencia, en defensa del usuario. Por lo general, operan como entidades aseguradoras y con frecuencia su papel es poco transparente. No ha sido posible establecer de manera precisa su margen de rentabilidad, cuando se trata de entidades con ánimo de lucro.

La aproximación al balance de largo plazo y actual del sistema de salud de Colombia se llevó a cabo utilizando los siguientes medios y métodos:

- Revisión sistemática de revistas indexadas en ISI, Scopus, Medline y Scielo, en el período correspondiente a 1993-2010, utilizando la estrategia de búsqueda con los términos cobertura, Colombia, afiliación, equidad, financiación, SGSSS, y otras similares. Se evaluó el nivel de evidencia de los artículos utilizando métodos reconocidos².
- Libros con estudios o análisis sobre el SGSSS, empleo, equidad, subsidios y desarrollo social.
- Encuestas de hogares, calidad de vida y Pro-familia, realizadas en el período de 1990-2010.
- Documentos de análisis y reflexión sobre el SGSSS o aspectos específicos del mismo, de tipo administrativo u oficial.

Características de la cobertura del aseguramiento en salud

En Colombia, el aseguramiento, la afiliación y la cobertura tienen un sentido y alcance similar.

Del año 1993 en adelante, la cobertura del aseguramiento en salud, medida por la afiliación a los diferentes regímenes, se ha comportado como se indica en la Tabla 1³⁻¹².

Como tendencia y resultado de 16 años, se observa el incremento de la cobertura total, hasta más del 90% de la población, principalmente por el crecimiento de la afiliación al régimen subsidiado, a partir del año 2003. Se estima que entre los años 2002 y 2008 el régimen subsidiado creció 2,8 veces más que el régimen contributivo, aunque aquel cubre sólo una parte de las prestaciones del POS.

Aunque las tendencias no son uniformes en el tiempo, el incremento de la cobertura del SGSSS se distribuyó en proporciones semejantes en los diferentes grupos de edad¹³, con predominio de la población menor de 15 años. Con respecto a

Tabla 1. Población total y afiliada al SGSSS (%) – 1993-2009¹.

	1993	1997	2000	2003	2006	2009
Población total (10)	36.208.244	38.646.043	40.282.217	41.847.421	43.405.387	44.977.758
Total afiliado al SGSSS %	23,7	57,1	56,5	61,3	82,7	93,4
Régimen Contributivo %	22,4	38,9	32,9	33,0	33,4	37,8
Régimen Subsidiado %	-	18,2	23,6	28,4	45,0	51,1
Regímenes Excepción %		0,0	0,0	0,0	4,3	8,7
No afiliados %	76,3	42,9	43,5	38,7	17,3	6,6

¹ Afiliados compensados en el régimen contributivo y cupos financiados en el régimen subsidiado. Los datos de afiliación son aproximados. Fuentes: Minprotección social^{3,4,6,7}; Departamento Nacional de Estadística-DAN: Series de población 1985-2020¹²; Profamilia: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud⁸⁻¹¹; Glassman *et al.*⁵.

los sexos, al menos hasta el año 2005 no se presentaron diferencias significativas en la afiliación¹⁴. Así mismo, la afiliación y aseguramiento presentó un incremento en todos los niveles educativos y se redujeron significativamente las diferencias entre estos últimos^{13,14}.

Las relaciones entre el incremento de la cobertura del seguro de salud y la distribución del ingreso, especialmente la pobreza, se expresan en aspectos relativamente bien documentados. La afiliación al SGSSS se ha incrementado en todos los quintiles de ingreso, pero más intensamente en los quintiles de menor ingreso, en los cuales predomina el régimen subsidiado. En el año 1995 la población ubicada en el quintil de más altos ingresos tenía un nivel de afiliación cincuenta puntos porcentuales más alto que la del quintil más pobre^{15,16}. En el año 2008 esta diferencia se había reducido a 12 puntos porcentuales. Mientras en el año 2007 el 14% de la población con ingresos altos no estaban afiliados, el 43% de la población con ingresos bajos carecían de seguro de salud^{5,14-20}. Sin embargo, la Encuesta de Calidad de Vida de 2008 encontró que el 81% de la población perteneciente al quintil de menores ingresos se encontraba afiliada al sistema.

En el año 2005 la afiliación al SGSSS en el área urbana ascendía al 71,2 %, mientras que en el área rural era de 59,5 %¹⁶. Sin embargo, el incremento de la cobertura se ha dado con mayor velocidad en el área rural, lo que llevó a que las diferencias entre mayores y menores coberturas urbano-rurales se redujeran de 4,5 veces a 1,2 veces, entre los años de 1995 y 2005¹⁵. Otro tanto ocurrió con las regiones más desarrolladas y menos desarrolladas, y con las coberturas regionales cuyas diferencias disminuyeron de 2,4 a 1,35 veces. Así, por ejemplo, mientras la capital Bogotá alcanzaba una cobertura de 79,9 % en el año 2005, la región Atlántica se situaba en un 59%¹⁴.

Por último, debido a que el régimen subsidiado predomina en el sector rural, el incremento en el aseguramiento en este régimen ha sido el principal motor para disminuir las diferencias regionales y urbano-rurales^{8,17-20}.

En conexión con la cobertura se consideran el acceso a los servicios y la calidad de los mismos. La afiliación ha permitido el acceso a la primera consulta y la atención primaria. Así mismo la calidad de la atención el SGSSS ha avanzado en términos de habilitación de instituciones y guías de práctica y en la construcción del Sistema de Garantía de Calidad^{20,21}. Carecemos de estudios para abordar estos asuntos de manera global en el sistema de salud. Hay, sin embargo, evidencia puntual de calidad deficiente en servicios específicos²⁰.

Recursos del sistema: fuentes de financiación, usos y gasto en salud

El SGSSS cuenta con varias fuentes de financiación. Dos son las más significativas:

- Cotizaciones de empleadores y empleados, que representan el 12,5% del salario mensual. El empleado asume el 4% de la cotización y el empleador el 8.5%.

- Recursos fiscales nacionales, que dan lugar a las transferencias intergubernamentales (Departamentos y municipios), denominadas Sistema General de Participaciones-SGP. A esto se deben agregar los recursos fiscales de origen regional y local.

Con las cotizaciones se financia el régimen contributivo. En tanto se trata de un impuesto al trabajo, su magnitud está gobernada en gran parte por el empleo en el sector formal de la economía y los niveles salariales; es debilitada por el desempleo, la informalidad, la evasión y elusión de las cotizaciones.

Por otra parte, desde el año 1991 las transferencias a las regiones se calculaban como una parte de los ingresos corrientes de la nación (ICN). Este criterio se modificó por medio de la Ley 715 de 2001, que separó la estimación de las transferencias de los ICN. Se ha indicado que tal modificación redujo las transferencias a los Departamentos y municipios en un 12% del PIB, en el período de 2002-2009²².

Es posible visualizar algunas tendencias del financiamiento del SGSSS, utilizando los indicadores básicos de gasto en salud y crecimiento del PIB²³, como se indica en el Gráfico 1. En el año 2007 el PBI de Colombia ascendió a \$ 357,4 billones (precios corrientes) – el término billón significa 1 millón de millones de pesos colombianos (US \$ 550.964.187,327) – o 100,7 billones a precios constantes de 1994. Por otra parte, hacia el año 2006 el gasto *per cápita* ascendió a 536 dólares corrientes²⁴.

Las tendencias del PBI y del gasto en salud se dieron en un contexto macro de dificultades. En la fase inicial del SGSSS se produjo la caída del PBI, en el lapso de 1994 a 1999. Del año 2000 en adelante el PBI tiende a recuperarse, pero en el período de 2002 a 2007 el nivel salarial se ajustó hacia abajo como resultado de la política de flexibilización laboral y el desempleo tuvo un valor promedio superior al 15%. Por otra parte, cerca

del 52% de la población se encontraba en situación de pobreza y la informalidad económica se situó por encima del 50%²⁵⁻²⁹.

Los aspectos anteriores sugieren con fuerza la configuración de escenarios poco favorables para el desarrollo del SGSSS. Sin embargo, la afiliación y el gasto en salud se incrementan en todo el período considerado y, de manera más intensa, durante la crisis económica de 1997 a 1999. Probablemente este último incremento corresponde a la fase de crecimiento rápido de la afiliación al régimen contributivo, aún en medio de la crisis económica. Del año 2003 en adelante el régimen subsidiado crece más intensamente y el gasto en salud tiende a estabilizarse. Pero mientras que en la primera fase de incremento del gasto en salud el SGSSS mantiene el equilibrio financiero y la sostenibilidad, no ocurre lo mismo del año 2007 en adelante, fase en la que se da el mayor crecimiento del régimen subsidiado.

Para el año 2009 los recursos totales del sistema de salud se estimaron en \$ 30.135.957 millones de pesos colombianos³⁰.

La proporción de recursos públicos, de cotizaciones y privados, se ha modificado significativamente en la línea de tiempo considerada. Hacia el año 2003, los recursos y el gasto público representaron el 39,7% del total, las cotizaciones el 44,9% y el gasto privado 15,4% del cual 7,7%

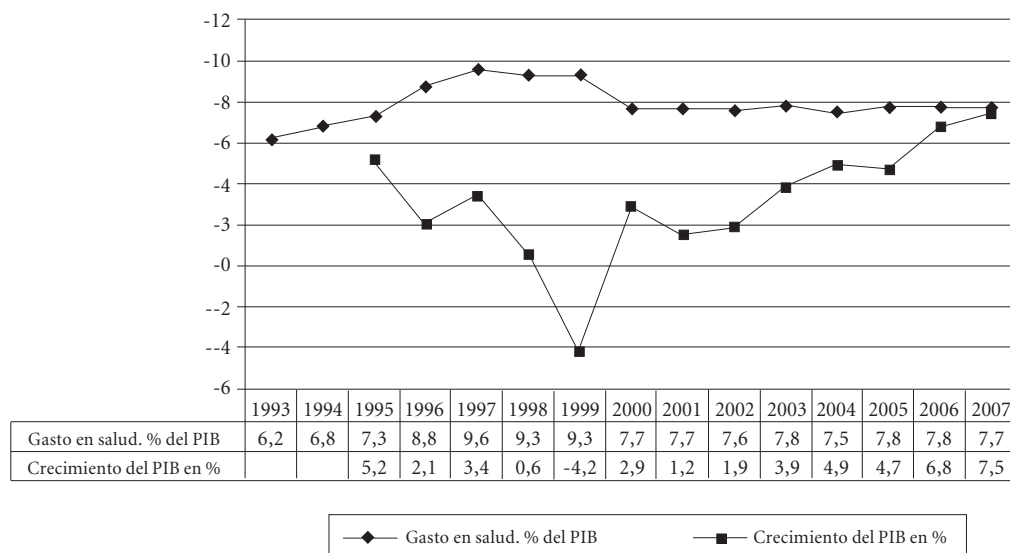


Gráfico 1. Dinámica del PBI y del gasto en salud (%) – 1993-2007.

correspondió a gasto de bolsillo^{26,28}. En el 2009 los recursos de tipo público representaron el 78,5% del total.

En la Tabla 2 se indica el uso de los recursos de salud en el año 2009.

Las categorías de gasto en salud, se indican en la Tabla 3. Se estimaron como proporciones promedio del gasto en millones de pesos constantes del año 2000.

En el SGSSS el flujo de recursos está conformado por un intrincado esquema de pasos e instituciones, que inducen un comportamiento inapropiado de los actores, especialmente en el régimen subsidiado.

Salud pública: fases, organización y planeación

La construcción de la política de salud pública quizás ha sido uno de los aspectos más complejos en el SGSSS. En el paso del anterior Sistema Nacional de Salud (SNS) al SGSSS, se generaron unas condiciones de competencias institucionales, capacidades de orientación, decisión y con-

ducción (rectoría), recursos y actores en el sector de la salud, cuya coordinación y articulación presentó dificultades, como ocurrió con el flujo de los recursos del SGSSS.

En el SGSSS la salud pública, como es usual, incorpora las acciones colectivas dirigidas a los grupos de población y el ambiente, agrupadas en el Plan de Acciones Colectivas (PAC). Por otra parte, se encuentran un conjunto de acciones a cargo de las IPS, centradas en la prevención y promoción individuales, las cuales desde 2003 se orientan por medio de Normas y Guías de detección temprana y protección específica de alcance nacional. Es necesario mencionar que la Salud Pública está principalmente a cargo de los municipios y Departamentos y, como ocurre con el régimen subsidiado, estos entes territoriales aportan recursos propios.

Es posible presentar, en líneas gruesas, una aproximación a las fases de desarrollo de la salud pública, y una aproximación a logros y problemas, como se indica a continuación.

Una primera fase (1993-2000) abarca desde la aprobación de la Ley 100 y la implementación inicial del SGSSS. Este proceso se da en un marco normativo previamente aprobado de descentralización política y administrativa –en marcha desde 1996–, con su correspondiente esquema de distribución de los recursos (situado fiscal) a los entes territoriales (Ley 60 de 1993). El SGSSS se encontró y cruzó con el proceso de descentralización, que se aplicó progresivamente a la salud, en medio de los flujos financieros fijados por aquella y por las normas propias del sistema de salud, lo cual creó un intrincado sistema de relaciones de la Nación con los Departamentos y municipios y de actores. En esta fase, en ausencia de un régimen de transición, la rectoría nacional de la salud pública quedó a la deriva; los Departamentos y municipios debieron construir sus propios esquemas y prácticas de rectoría.

Los efectos de este proceso en la salud pública fueron negativos, en especial en aquellas problemáticas que en el anterior SNS se habían organizado y desarrollado como programas verticales nacionales, como los de control de las enfermedades tropicales, de la tuberculosis, la vacunación y otras similares.

La segunda fase (2001-2006) se inició con la Ley 715 de 2001 que reordenó la distribución de recursos entre la Nación y los municipios, acoplándola a los flujos de los recursos de salud, por medio del Sistema General de Participaciones. Como se mencionó arriba el nuevo esquema de distribución de los recursos, disminuyó la pro-

Tabla 2. Usos de los recursos del SGSSS – 2009.

Usos	Billones \$	%
Régimen contributivo	11.980.593	39,8
Régimen subsidiado	7.353.578	24,4
Vinculados	2.982.655	9,9
Régimen especial	1.900.000	6,3
Salud pública	1.512.131	5,0
Otros usos	4.407.000	14,6
Total	30.135.957	100

Fuente: Gómez e Guevara³⁰.

Tabla 3. Características del gasto en salud.

Categorías de gasto y tipos de IPS	%
– Administración	15,5
– Inversión	10,3
– Atención en salud	64,7
Promoción y prevención	6,75
Atención ambulatoria	9,2
Atención hospitalaria	32,2
Salud Pública	1,9
–Demás usos	9,5
Según tipos de IPS	
–Públicas	41,4
– Privadas	58,6

Fuente: Barón-Leguizamón^{26,28}.

porción que se traslada a las entidades territoriales²². En general, durante esta fase se fortaleció progresivamente la capacidad de gestión y de dirección de la salud pública en los Departamentos y municipios, lo cual incidió de manera positiva en las actividades de control de las enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles, con resultados disímiles. A partir del año 2003 se diseñaron las Normas y Guías que orientan las acciones de prevención y promoción individuales y se incorporaron en el Plan Obligatorio de Salud, lo cual permitió a las EPS e IPS implementarlas y colocar recursos específicos en aquellas.

La tercera fase (2007 en adelante) se inició con la reforma parcial de la Ley 100, por medio de la Ley 1122 de 2007 y la expedición del Plan Nacional de Salud Pública-PNSP (Decreto 3039 de 2007), obligatorio para todos los actores e instituciones.

Este Plan definió las responsabilidades políticas en salud pública, a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del SGSSS, las cuales deberían complementarse con las acciones de actores de otros sectores, definidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en los planes de desarrollo territoriales. El PNSP se formuló en torno a cinco ejes de política (promoción de la salud y la calidad de vida; prevención de los riesgos; recuperación y superación de los daños en la salud; vigilancia en salud y gestión del conocimiento, y; gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública) que se despliegan en objetivos, estrategias y metas, lo cual permite identificar resultados y aproximarse a la valoración de los impactos en salud. En otros términos, el PNSP generó al tiempo una oportunidad de fortalecimiento de la salud pública y un escenario para rescatar la rectoría nacional y territorial.

Resultados e impactos en salud

En este tópico se presenta una descripción sobre los resultados de la reforma, utilizando dos recursos metodológicos: desempeño del sistema en la reducción de las desigualdades y características y comportamiento de algunos indicadores de salud.

En Colombia, algunos estudios se han ocupado de examinar las desigualdades sociales y/o las inequidades que resultan de la falta de justicia social. En estos estudios se relaciona la distribución de indicadores sociales como los ingresos, la pobreza, la educación, el estrato social, la ubicación rural-urbana y otros, con respecto a algu-

nos indicadores de salud, como la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad³¹⁻³³.

Un segundo tipo de estudios se ha ocupado de la relación entre distribución del ingreso y el avance del sistema de salud, en términos de afiliación, gasto y subsidio en salud. Este tipo de estudios tienen como antecedentes análisis más amplios que se han ocupado de la pobreza, la distribución de los ingresos y de la equidad³⁴⁻³⁷. Aunque desde 1993 en adelante la distribución general del ingreso en Colombia no ha mejorado de manera sustancial, se ha indicado que entre 1993 y 1980 el nuevo sistema de salud ha contribuido a que el ingreso de la población más pobre se incremente en promedio en un 45 %, el gasto en salud pasó de 2,4% a 4,7% del PIB; el subsidio en el gasto en salud para el grupo más pobre de la población pasó de 0,42 a 1,3% y llegó a representar el 45% del ingreso de los hogares del quintil 1³⁸⁻⁴⁰.

Por otra parte, algunos estudios se ocupan de identificar las desigualdades en la distribución del gasto y del subsidio en salud. Un estudio publicado en 1998⁴¹ reveló que para 1997 el gasto público social en salud, realizado en entidades del Estado, por quintiles de ingreso, se distribuyó de manera uniforme en el caso de la hospitalización, a favor de los dos primeros quintiles o más pobres en el caso de los servicios de maternidad y a favor de los quintiles 4 y 5, de mayor ingreso, en los casos de las cirugías, la consulta médica y odontológica, el laboratorio y los servicios de terapias. En el primer caso se sugiere como explicación que las intervenciones más complejas suelen realizarse en los hospitales universitarios que son mayoritariamente públicos; en el segundo caso, se aduce que los más pobres tienen en promedio más niños y que los ricos prefieren los servicios de maternidad privados. En el tercer caso, el gasto se concentra en los mayores ingresos debido a que estos sectores demandan servicios más costosos y menos necesarios que no están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Otros estudios se ocupan de las desigualdades e inequidades en el acceso, utilización y calidad de los servicios de salud. Estos incluyen usualmente servicios de consulta externa, hospitalización, exámenes de laboratorio y medicamentos⁴²⁻⁴⁵. Con respecto al efecto de la afiliación en el año 2003, el Coeficiente de Gini pasó de 0,587 a 0,553. Según el tipo de afiliación, en el mismo año, en el régimen subsidiado, el Gini pasó de 0,461 a 0,391, o sea, se redujo 0,07. Los autores explican los resultados por los subsidios cruzados entre la población del régimen contributivo; por el punto de solidaridad de los

afiliados al régimen contributivo; y, los subsidios al régimen subsidiado y los vinculados¹⁴.

Todo lo anterior sugiere resultados positivos con respecto a la cobertura, el acceso a consulta, la protección financiera y el salario. Pero, una vasta experiencia sugiere que, incluso en los países desarrollados y en aquellos que han logrado la universalidad en el sistema de salud desde décadas atrás, persisten problemas de equidad en la atención que deben ser afrontados.

Si bien es aceptado que los sistemas de salud benefician la salud de la población, es motivo de discusión que tanto inciden⁴⁶⁻⁴⁹, debido a las múltiples determinaciones de esta última⁵⁰⁻⁵⁵. En la línea de la reflexión anterior, la aproximación al análisis de los resultados e impactos de un sistema de salud, incluye, por una parte, los aspectos que reflejan el desarrollo del sistema de salud en el marco de las funciones que está llamado a cumplir en la provisión de servicios curativos, preventivos y de promoción, el financiamiento pro-equidad y la dirección o rectoría del sistema, en el entendido que estos aportan al mejoramiento de la salud individual y poblacional. Por otra parte, se utilizan indicadores de tendencias generales y específicas de bienestar y salud en las que el sistema de salud puede jugar un papel significativo. En este caso, los resultados e impactos, positivos o negativos, pueden ser atribuidos al sistema de salud sólo de manera parcial. Con este alcance, varios indicadores pueden ser utilizados, dependiendo de la disponibilidad de información. Por ejem-

plo, esperanza de vida, desarrollo humano, línea de pobreza, y otros similares⁵⁶.

En la provisión de servicios, numerosos autores coinciden en que se han producido mejoras en el acceso a los servicios de atención (consultas ambulatorias, atención de urgencias y hospitalizaciones). Así mismo, se ha configurado y consolidado un modelo de Atención Primaria centrado en el primer nivel, que incluye atención clínica por medio de consulta electiva, prevención (detección temprana y protección específica), promoción, vacunación, control prenatal y atención en el parto. Algunos indicadores ilustran estos resultados: En el lapso 2007-2009 se había logrado 0.95 consultas persona/año (p/a); 1.8 de otros servicios ambulatorios p/a; y, 0.35 servicios preventivos p/a (en todos los casos sin tomar en cuenta los controles). Por otra parte, se había logrado una cobertura del 92 al 99% en vacunación (3 dosis) en DPT y Polio, BCG y Sarampión; en el control prenatal y la atención del parto por personal entrenado o institucional^{5,56-62}.

En los últimos 18 años se han presentado tendencias decrecientes en la mortalidad materna e infantil (Gráfico 2)⁵⁶. Una parte no cuantificada de estas tendencias positivas puede atribuirse al SGSSS, ya que este incide en el control prenatal, la atención del parto, del recién nacido y protección específica en el primer año de vida.

Se indican además, la línea de base establecida en el PNSP para 2007 y la meta propuesta para el año 2010. Se observa que mientras en la

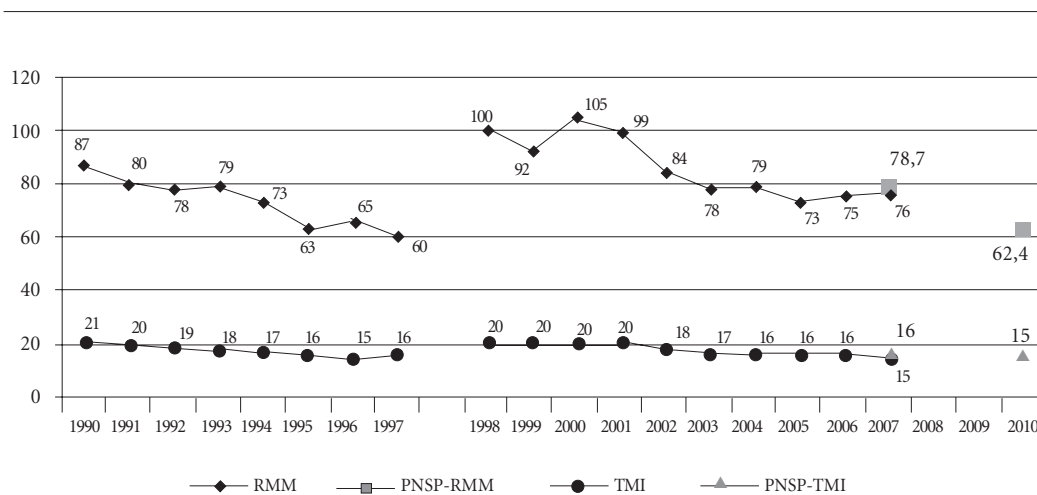


Gráfico 2. Razón de mortalidad materna-RMM (100.000 nv) y Tasa de mortalidad infantil-TMI (1.000 nv). Colombia 1990-2007. Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) 2007-2010.

Fuente: OPS⁵⁶. En 1998 cambió la forma de medición de la mortalidad. Las series no son comparables.

mortalidad infantil la meta del PNSP se logró, en el caso de la mortalidad materna la meta para el 2010 probablemente no se logrará.

A pesar de estos indicadores positivos, persisten las diferencias entre los Departamentos. En el Gráfico 3 se percibe una relación directa y positiva entre pobreza, medida por el NBI, y las tasas de mortalidad infantil y materna de los Departamentos.

La prevalencia de bajo peso al nacer se ha incrementado de 7.4 a 8.6 por 100 nacidos vivos, entre los años 2000 y 2007. Nuevamente, la interpretación de esta tendencia no es simple. Los datos desagregados por Departamentos indican que la prevalencia del bajo peso al nacer se ha incrementado más intensamente en aquellos en los cuales ha disminuido la mortalidad infantil, se ha incrementado el control prenatal y la atención del parto por personal preparado o institucional, mientras que la prevalencia del bajo peso al nacer se ha mantenido en los Departamentos que no presentan las características mencionadas. Dado que los Departamentos del primer grupo son los más desarrollados y con mayor peso

poblacional, se ha sugerido que el incremento del indicador probablemente se debe a un mejor registro del mismo⁶³.

Por último, debe indicarse que la mortalidad por Tuberculosis ha descendido de 3.0 a 2.5 por 100 mil habitantes, entre los años 2000 y 2007⁶³. Sin embargo, en el mismo lapso de tiempo se han mantenido relativamente estables las tasas de detección y curación de los casos de tuberculosis.

Consideraciones finales: algunas tendencias recientes y crisis financiera

A finales del año 2009 se hizo patente un gasto de salud que generaba creciente riesgo para la sostenibilidad del SGSSS. Se produjo un incremento inusitado en el gasto, originado en el reconocimiento de prestaciones no incluidas en el POS, por medio de tutelas –decisiones judiciales dirigidas a proteger derechos fundamentales–, o recobros autorizados por los Comités Técnico Científicos de las EPS. Los recobros en el régimen contributivo se pagan con recursos del FOSYGA,

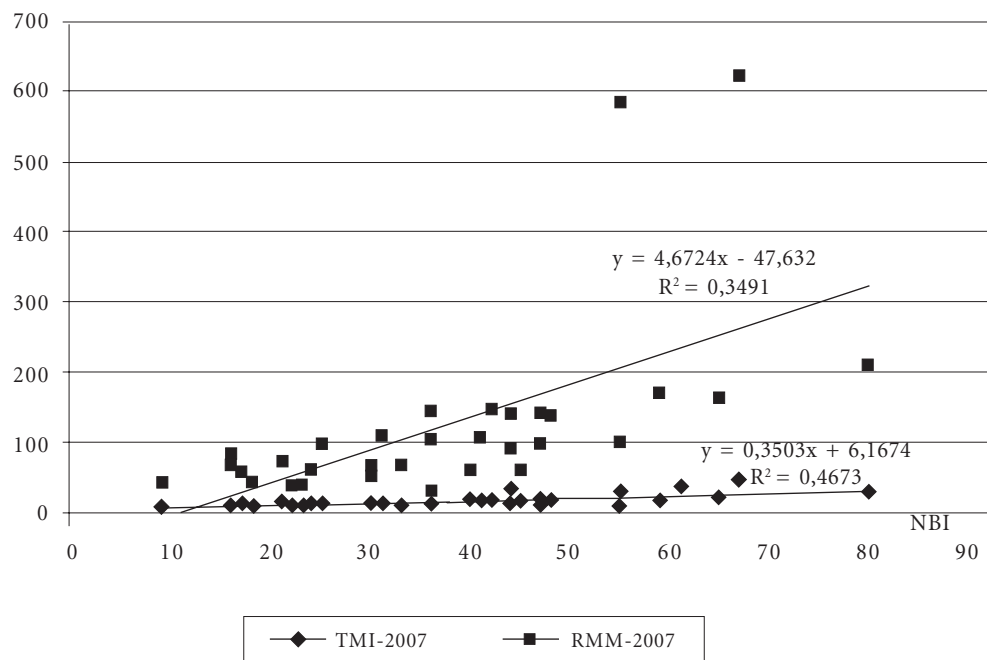


Gráfico 3. Razón de mortalidad materna (100.000 nv) y Tasa de mortalidad infantil (1.000 nv) de 33 Departamentos 2007, según NBI Departamentos 2008.

mientras que los del régimen subsidiado los deben pagar las entidades territoriales.

Sólo una parte de las tutelas corresponden a peticiones de prestaciones no-POS, más exactamente 37.4% de los medicamentos y 23.3% de los tratamientos. A su vez, las tutelas sobre prestaciones incluidas en el POS reflejan la existencia de políticas y prácticas indebidas e inapropiadas por parte de las EPS.

Por otra parte, los recobros no-POS constituyen, sin duda, una tendencia creciente. De 0,023 billones en el año 2002 se pasó a 1,819 billones en 2009 y se proyectan 2,500 billones para el año 2010.

Uno de los elementos que tienen un peso significativo en los recobros no-POS es el de medicamentos, debido a que la libertad de precios de los mismos, adoptada en el año de 2006, ha llevado a un conjunto de abusos.

Con los recursos actuales, ni el FOSYGA, ni las entidades territoriales están en condiciones de asumir estos montos. Máxime cuando en el segundo semestre del 2009 se hizo evidente un déficit de \$ 600.000 millones de pesos en las finanzas de los entes territoriales, lo que a su vez acentuó los problemas de flujos y pagos a las EPS e IPS públicas y privadas.

La comprensión apropiada del significado y el alcance de esta problemática exige identificar las tendencias de carácter estructural y operacional que tienen relación con la misma y agregan ingredientes a un escenario de pérdida de sostenibilidad. Es posible identificar algunos de los procesos que han contribuido.

Procesos relacionados con la afiliación:

– En el régimen contributivo se incrementó la proporción de beneficiarios frente a los cotizantes. En el 2003 la proporción de cotizantes sobre el total de afiliados era de 29%, mientras que en el año 2008 era sólo del 23,2%²².

– Incremento absoluto y relativo del régimen subsidiado frente al régimen contributivo (Gráfico 4).

Relacionados con los recursos del sistema:

– Descenso de las transferencias a los municipios en el período 2002 a 2009, con las cuales se financia cerca del 50% del régimen subsidiado.

– Lentitud y mora en los flujos de los recursos financieros.

El gobierno nacional respondió a esta situación crítica por medio de la figura jurídica de Emergencia Social, la cual le permitió expedir una pléyade de Decretos que habilitaron nuevos recursos para cubrir de manera parcial el déficit estimado y tocaron numerosos aspectos del SGSSS,

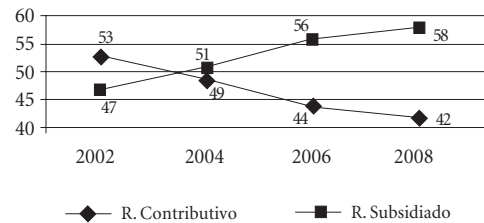


Gráfico 4. Proporción de afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado.

como el POS, la contención de costos, el ejercicio profesional y la gestión hospitalaria, entre otros.

La Corte Constitucional declaró inexecutable la Emergencia Social con lo que se hundieron los respectivos Decretos, excepto el que habilitó los nuevos recursos para el sistema de salud. En Agosto de 2010 inició el nuevo gobierno del Presidente Santos y entró en funciones legislativas la coalición mayoritaria de los partidos de gobierno y sus colaboradores. Se aprobó una Ley que dio permanencia a los nuevos recursos y se inició el proceso legislativo para llevar a cabo una nueva reforma de la Ley 100 que concluyó con la ley 1438 de 2011. Esta Ley plantea el año 2015 como plazo para lograr la cobertura universal, la actualización y unificación del POS. Así mismo, amplía la Atención Primaria, genera estrategias de control de los recobros, de contención de costos y un esquema de sostenibilidad.

El avance hacia la universalidad del sistema de salud debe ser destacado ya que, en términos de la Organización Mundial de la Salud, este logro permite proteger a las personas de las consecuencias de la enfermedad y del pago de los servicios sanitarios⁶⁴⁻⁶⁶. Así mismo, la universalización de la atención es un aspecto decisivo para seguir avanzando en la materialización del derecho a la salud. Pero, sigue siendo un reto el logro pleno de la universalidad.

El modelo de competencia regulada que caracteriza el SGSSS de Colombia ha sido sometido a prueba por cerca de 20 años. Ha afrontado múltiples problemas, dos reformas y numerosos ajustes. Lejos de ser un fracaso rotundo como sugieren algunos analistas⁶⁷, el SGSSS puede ser considerado, por sus resultados, un modelo relativamente exitoso en términos de cobertura y financiamiento pro-equidad.

Colaboradores

CAA Calderón trabajó en la concepción, diseño de las estrategias de búsqueda de evidencia, valoración de la evidencia, redacción preliminar y final; JC Botero trabajó en la concepción, búsqueda de evidencia, redacción preliminar y final; JO Bolaños trabajó en la concepción, búsqueda de evidencia, redacción preliminar y final; RR Martínez trabajó en la concepción, búsqueda de evidencia, redacción preliminar y final.

Referencias

1. Paris V, Devaux M, Wei L. Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries. Organisation for Economic Cooperation and Development: DELSA/HEA/WD/HWP 2010; 28-Apr-2010. (OECD Health Working Papers, n° 50).
2. Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56:119-127.
3. Minprotección Social de Colombia. [consultado 2010 Sept 17] Disponible en: <http://201.234.78.38/ocs/>
4. Bogotá. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. *Principales resultados Sociales e instrumentales de la ley 100. 1993-2003*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2003.
5. Glassman AL, Escobar ML, Giuffrida A, Giedión U, editores. *Salud al alcance de todos: una década de expansión del seguro médico en Colombia*: Washington, D.C: Inter-American Development Bank and Brookings Institution; 2010.
6. Escobar ML. Health Sector Reform in Colombia. *Development Outreach* 2005; 7(2):6-9.
7. Bogotá. Ministerio de la Protección Social. *Informe Cuatrienio al Honorable Congreso de la República, 2002-2006*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006.
8. Acosta OL, Ramírez M, Cañón CI. *La viabilidad del sistema de salud: ¿Qué dicen los estudios?* Bogotá: Fundación Corona. U. del Rosario; 2005.
9. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. *Asociación Probienestar de la Familia Colombiana*; Octubre 1995.
10. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana*; Octubre 2000.
11. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana*; Noviembre 2005.
12. DANE. Series de Población 1985-2020. [consultado 2010 sept 25]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=238&Itemid=121
13. Yepes FJ, Ramírez M, Cano MG, Bustamante R. Aiming for Equity in Colombia's Health System Reform: Achievements and Continuing Challenges. En: Haddad S, Bar° E, Narayana D, editores. *Safeguarding the Health System in times of macroeconomic instability: policy lessons for low and middle-income countries*. Africa World Press, IDRC; 2007.
14. Flórez CE, Soto VE, Acosta OL, Karl C, Misas JD, Forero N, Lopera C. *Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano*. Bogotá: Fundación Corona, DNP, Universidad de los Andes, Universidad del Rosario; 2007.
15. Zambrano A, Ramírez M, Yepes FJ, Guerra JA, Rivera D ¿Qué muestran las encuestas de calidad de vida sobre el sistema de salud en Colombia? *Cad Saude Publica* 2008; 24(1):122-130.

16. Pinto D. *Estrategia del BID con Colombia: 2011-201. Nota Sectorial: Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Madrid: Banco Interamericano de Desarrollo; 2010.
17. Céspedes JE, Jaramillo I, Martínez R, Olaya S, Reynales J, Uribe C, Castaño RA, Garzón E, Almeida C, Travassos C, Basto F, Angarita J. Efectos de la reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. *Rev Salud Pública (Bogotá)* 2000; 2(2):145-164.
18. Castaño RA, Arbeláez JJ, Giedión Ú, Morales G. *Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud*. Cepal. Santiago de Chile: Unidad de Estudios Especiales; 2001.
19. Flórez CE. *La equidad en el sector salud: una mirada de diez años*. Bogotá: F. Corona, F. Ford; 2002.
20. Yepes FJ, Ramírez M, Sánchez LH, Ramírez ML, Jaramillo I. *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993*. Canadá: Mayol Ediciones, International Development Research Center (IDRC); 2010.
21. Colombia. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. *1er Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud. Incas Colombia 2009*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2009.
22. Espitia JE. La financiación del sistema de seguridad social en salud. *Economía Colombiana* 2010; 330: 9-17.
23. Banco de la República. Información Económica [documento na Internet]. [consultado 22 Agosto 2010]. Disponible en: <http://www.banrep.gov.co/estad/dsbb/ctanal1sr.htm>
24. World Health Organization (WHO). *World Health Statistics*. Ginebra: WHO; 2009.
25. Steiner R, Orlando G. ¿Porqué se requieren reformas al mercado laboral y al sistema pensional? *Economía Colombiana* 2009; 328:9-27.
26. Barón-Leguizamón G. Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993-2003: composición y Tendencias. *Rev Salud Pública (Bogotá)* 2007; 9(2):167-179.
27. Restrepo M. La reforma al financiamiento de la salud en Colombia. En: Titelman D, Uthoff A, compilador. *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud*. Tomo II Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económica & Cepal; 1999.
28. Barón-Leguizamón G. *Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento*. Ministerio de la Protección Social-Departamento Nacional de Planeación. Bogotá, D.C: Impresol Ediciones; 2007.
29. Colombia. Ministerio de Salud. Programa de la Universidad de Harvard. *La reforma de salud en Colombia y el Plan maestro de implementación. Informe Final de la Misión de las ESP Universidad de Harvard*. Santafé de Bogotá: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud-BID; 1996.
30. Gómez SC, Guevara JG. Salud: una guerra por \$ 30 billones. *Revista Poder* 2010; 93:16-22.
31. Whitehead M. *Los conceptos y principios de la equidad en la salud*. OPS, OMS. Colombia: Programa de Desarrollo de Políticas de Salud; 1991 (Serie Traducciones n°. 1).
32. Roemer M. National health systems as market intervention. *J Public Health Policy* 1989; 10(1):62-77.
33. Colombia. Ministerio de Salud. *La Salud en Colombia: diez años de información*. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud; 1994.
34. DANE, OPS. La mortalidad en Colombia según condiciones de vida. *Estudios Censales n° 16*. Santafé de Bogotá: DANE; 2000.
35. Ocampo JA, compilador. *Historia económica de Colombia*. 4ª. ed. Santafé de Bogotá: Tercer Mundo Editores, Fedesarrollo; 1994.
36. Sánchez F, compilador. *La distribución del ingreso en Colombia*. Santafé de Bogotá: Tercer Mundo Editores, Departamento Nacional de Planeación; 1998.
37. Vélez CA. *Gasto social y desigualdad. Logros y extravíos*. Santafé de Bogotá: Departamento de Planeación, Misión Social; 1996.
38. Sánchez F, Núñez JM. La ley 100/93 si llegó a las personas de menores ingresos. *Revista Via Salud, Tercer Trimestre* 1999; 9:6-12.
39. Vivas J, Tarazona E, Caballero C, Marrero N. *El sistema Nacional de Salud*. Colombia: Fedesarrollo, Organización Panamericana de la Salud; 1988.
40. Colombia. Ministerio de Salud. *Informe de actividades 1999-2000 al Honorable Congreso de la República*. Bogotá: Ministerio de la Salud; 2000.
41. Sarmiento A, Delgado LC, Reyes CA. *Gasto público en servicios sociales básicos en Colombia*. Santafé de Bogotá: Misión Social-DNP,UNDP,UNICEF; 1998.
42. WHO-Karolinska-Harvard. *Comparative analysis of the National Drug Police*. Bogotá, Colombia; 1997.
43. Mejía S, Velez A, Buriticá O, Arango M, Del Rio J. La política farmacéutica nacional en Colombia y la reforma de la seguridad social: acceso y uso racional de medicamentos. *Cad Saude Publica* 2002; 18(4):1025-1039.
44. Giraldo JC. *Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud percibida por los usuarios*. Defensoría del Pueblo. Bogotá, Colombia; 2000.
45. Martínez P, Rodríguez LA, Agudelo CA. Equidad en la Política de Reforma del Sistema de Salud. *Rev. Salud Pública (Bogotá)* 2001; 3(1):13-39.
46. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization; 2008 [consultado 2010 Junio]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/en
47. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *British Medical Journal* 2003; 327:1129.
48. Wismar M, Blau J, Ernst K, Figueras J, editores. The effectiveness of health impact assessment. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 [consultado Junio 2010]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/effectiveness-of-health-impact-assessment-the>

49. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007. [document en Internet]. [consultado 2010 Jun.]. Disponible en: <http://www.who.int/health> [Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care.hsystems/strategy/en]
50. The European health report 2005. *Public health action for healthier children and populations*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005. [documento en Internet]. [consultado Junio 2010]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/ehr2005>
51. Rutstein D. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *N Eng J Med* 1976; 294:582-588.
52. Nolte E, McKee M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: Nuffield Trust; 2000. [documento en Internet] [consultado Junio 2010]. Disponible en: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecomm/files/21404avoidablemortality2.pdf>
53. Tarlov A. Social determinants of health: the socio-biological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, editors. *Health and social organization*. London: Routledge; 1996. p. 71-93.
54. Equity. Geneva: World Health Organization; 2009. [documento en Internet]. [consultado Junio 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en>
55. Philipa M, Allin S, Masseria C, Hernández-Quevedo C, McDaid D, Mossialos E. Health in the European Union. *Trends and analysis. European Observatory on Health Systems and Policies*. World Health Organization; 2009.
56. Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud. *Indicadores básicos*. Situación de Salud. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
57. Trujillo J, Portillo E, Vernon JA. The impact of subsidized health insurance for the poor: evaluating the Colombian experience using propensity score matching. *International Journal of Health Care Finance and Economics* 2005; 5(3):211-239.
58. Gaviria A, Medina C, Mejía C. Evaluating the impact of health care reform in Colombia: from theory to practice. *Documentos CEDE*; 2006.
59. Gaviria A, Palau MD. Nutrición y salud infantil en Colombia: determinantes y alternativas de política. *Coyuntura Económica* 2006; 36(2):36-49.
60. Téllez MF. *El Régimen Subsidiado en Salud: ¿Ha tenido un impacto sobre la pobreza?* [tesis de grado]. Bogotá: Universidad de los Andes; 2007.
61. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo 2006-2001. Estado Comunitario: Desarrollo para Todos; 2007.
62. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI). *Cifras e indicadores del Sistema de Salud 2009*. Bogotá: Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral; 2010 .
63. Así vamos en salud. [documento en Internet] [consultado Noviembre 2010]. Disponible en: http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=category&id=55&Itemid=74
64. Thomson S, Foubister T, Figueras J, Kutzin J, Permanand G, Bryndová L. *Addressing financial sustainability in health systems*. Colombia: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies; 2009.
65. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo. *La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
66. World Health Organization. *The European health report 2009: health and health system*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization; 2009.
67. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Pan Am J Public Health* 2005; 17(3):210-220.

Artigo apresentado em 19/12/2010

Aprovado em 28/02/2011

Versão final apresentada em 30/03/2011