

GERARDO REMOLINA VARGAS, S.J
RECTOR

JAIRO HUMBERTO CIFUENTES MADRID
VICERRECTOR ACADÉMICO

PEDRO PABLO MARTÍNEZ SERRANO
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

MIGUEL ROZO DURÁN S.J
VICERRECTOR DEL MEDIO UNIVERSITARIO

JAIME BERNAL ESCOBAR S.J
SECRETARIO GENERAL

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
Y ADMINISTRATIVAS**

GUILLERMO GALÁN CORREA
DECANO ACADÉMICO

LUIS CARLOS DUQUE NARANJO
DECANO DEL MEDIO UNIVERSITARIO

ADRIANA CAMPOS RODRÍGUEZ
SECRETARIA ACADÉMICA

NELSON CONTRERAS CABALLERO
DIRECTOR PROGRAMAS DE POSGRADO
EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

MARÍA INÉS JARA
DIRECTORA REVISTA GERENCIA Y POLÍTICAS DE SALUD

COMITÉ EDITORIAL

NELSON ARDÓN, JOSÉ FERNANDO CARDONA,
NELSON CONTRERAS, AMPARO HERNÁNDEZ, MARÍA INÉS
JARA, SERGIO TORRES, FREDDY VELANDIA

CONSEJO EDITORIAL

CONSUELO AHUMADA (UNIVERSIDAD JAVERIANA)
GABRIEL CARRASQUILLA (CONSULTOR INDEPENDIENTE)
ESPERANZA ECHEVERRY (UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA)

MARIO HERNÁNDEZ (UNIVERSIDAD NACIONAL)
FLORENTINO MALAVER (UNIVERSIDAD JAVERIANA)
FRANCISCO YEPES (ASSALUD)

CONSEJO ASESOR INTERNACIONAL

MANUEL ESPINEL, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE (ESPAÑA)
ERNESTO JARAMILLO, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
(OMS, SUIZA). GERALD MIDGLEY, UNIVERSIDAD DE HULL
(INGLATERRA). BERNARDO RAMÍREZ, HEALTH ADMINISTRATION
EDUCATION (USA). MÓNICA RIUTORT, UNIVERSIDAD
DE TORONTO (CANADÁ). DÉBORA TÁJER, UNIVERSIDAD
DE BUENOS AIRES (ARGENTINA)

PÚBLICO OBJETIVO

GERENCIA Y POLÍTICAS DE SALUD ESTÁ DIRIGIDA
A ESTUDIANTES, ACADÉMICOS, INVESTIGADORES,
PROFESIONALES DE LA SALUD Y DEMÁS
PROFESIONES INTERESADAS EN TEMAS
RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN
DE SALUD, LA SALUD PÚBLICA Y LAS POLÍTICAS
DE SALUD

PERIODICIDAD SEMESTRAL

ADMITIDA EN:

- ÍNDICE DE PUBLICACIONES SERIADAS
CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS COLOMBIANAS
(PUBLINDEX 2004)
- DIRECTORIO ULRICH'S

INFORMACIÓN, CONTRIBUCIONES Y CANJE DIRIGIRSE A:

CALLE 40 No. 6-23 PISO 8
EDIFICIO GABRIEL GIRALDO, S.J
TELEFAX (571) 3 208320 EXT. 5426

CORREOS ELECTRÓNICOS
rev-salud@javeriana.edu.co
mjara@javeriana.edu.co

NÚMERO DE EJEMPLARES: 500

DEPÓSITO LEGAL

ISSN: 1657-7027

TARIFA POSTAL REDUCIDA

No. 145 DE ADPOSTAL
VENCE DICIEMBRE DE 2005

LAS OPINIONES EXPRESADAS EN ESTA REVISTA
SON DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD
DE LOS AUTORES. PUEDEN REPRODUCIRSE
TOTAL O PARCIALMENTE CITANDO LA FUENTE

CORRECCIÓN DE ESTILO

MARCELA GIRALDO

DISEÑO

CÉSAR TOVAR DE LEÓN

DIAGRAMACIÓN Y ARMADA ELECTRÓNICA

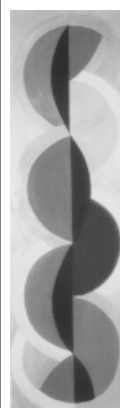
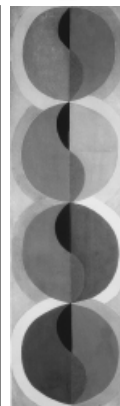
FORMATO COMUNICACION DISEÑO LTDA

LOGO Y VIÑETAS

ROBERT Y SONIA DELAUNAY

IMPRESIÓN

FUNDACIÓN CULTURAL JAVERIANA DE ARTES
GRÁFICAS, JAVEGRAF
BOGOTÁ, DICIEMBRE DE 2004
IMPRESO EN COLOMBIA
PRINTED IN COLOMBIA



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Personería Jurídica Res. No. 73, diciembre 13 1933 Min. Gobierno



POSGRADOS

PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD CON ÉNFASIS EN SEGURIDAD SOCIAL

(Registro Icfes No. 170153626581100111200)

Duración: tres semestres

Título que otorga

**Especialista en Administración de Salud
con énfasis en Seguridad Social**

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA HOSPITALARIA

(Registro Icfes No. 170153620111100111100)

Duración: dos semestres

Título que otorga

Especialista en Gerencia Hospitalaria
INSCRIPCIONES ABIERTAS

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Calle 40 N° 6-23, Piso 8, Edificio Gabriel Giraldo. PBX: (571) 320 8320, ext. 5426-5427
e-mail: nardon@javeriana.edu.co - ciduran@javeriana.edu.co - www.javeriana.edu.co/passos
Bogotá D.C., Colombia

INSCRIPCIONES ABIERTAS HASTA EL 1 DE JULIO DE 2005



EDITORIAL

La reforma a la ley 100 de 1993 ¿Un cambio sin mapa y sin brújula?*

El año 2004 transcurrió en el sector salud en medio de una gran actividad dirigida a la reforma del Sistema de seguridad social en salud (SGSSS) creado por la ley 100 de 1993. Las crisis financieras que de nuevo se presentaron en los hospitales y en las aseguradoras públicas, unidas al deterioro de la salud pública y en las condiciones de los profesionales de la salud, fueron factores claves que llevaron al Congreso de la República a conformar una comisión accidental dedicada al tema, la cual sesionó durante el primer semestre del año.

Esta comisión invitó a todos los actores del sistema a presentar sus posiciones y constituyó grupos técnicos de apoyo. Por otra parte, en el marco de la celebración de los primeros diez años de la ley 100, entidades gremiales y académicas convocaron a múltiples foros¹ en los que se trataron diferentes aspectos del funcionamiento del sistema. Pero desde el momento mismo en que se conformó la comisión comenzaron a surgir propuestas hasta el punto de acumular quince proyectos de ley de reforma, originados en iniciativa parlamentaria de diferentes vertientes políticas, de entidades gremiales de la salud, de centrales obreras, de grupos de interés. Al terminar el año, la Comisión Séptima del Senado hizo confluir en un solo proyecto, varios de los que se tenían en discusión, destacándose su proximidad con la iniciativa gubernamental.

Cuando se revisa el proyecto de ley (052) aprobado por la Comisión Séptima del Se-

nado y se leen sus objetivos, cualquiera podría decir que son incontrovertibles y difícilmente podría no estar de acuerdo con ellos. De hecho, responden a problemas que han sido identificados una y otra vez y sobre la mayoría de los cuales puede asegurarse que existe consenso entre analistas y actores del sistema:

1. Ampliar la cobertura del seguro de salud
2. Fortalecer la rectoría del Ministerio de la Protección Social (MPS)
3. Fortalecer el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS)
4. Reestructurar las funciones de inspección, vigilancia y control (IVC)
5. Reestructurar y aumentar el financiamiento del SGSSS
6. Propiciar el equilibrio entre aseguradoras-prestadoras
7. Procurar la calidad de servicios y aseguramiento de salud
8. Racionalizar la prestación de servicios de salud
9. Fortalecer la salud pública colectiva
10. Fortalecer el sistema de información.

De hecho, estos objetivos de la ley de reforma podrían conducir (de manera hipotética)

* Las opiniones expresadas en esta editorial no comprometen la política editorial de la Revista.

¹ Son de mencionar los foros o seminarios convocados por la Andi, Assalud, Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, en conjunto con el MPS.

a que el sistema se organizara y mejorara, para lograr unos objetivos que no son los que deberían ser. Por ejemplo, aumentando las ganancias de aseguradores y prestadores, sin que se mejore el nivel de salud de los colombianos.

Lo importante es entonces preguntarse si estos objetivos son suficientes tal como se han desarrollado en el articulado de la ley, para orientar el sector hacia la producción de salud con equidad, efectividad, eficiencia y calidad.

Hoy tenemos múltiples evidencias de que nuestro sistema de salud no tiene un norte claro (¿lo ha tenido alguna vez?). La evaluación de los programas de salud pública que realizó para el MPS la Unión Temporal CCRP-Assalud-BDO durante 2004, concluyó que este es un “sistema sin mapa ni brújula”².

A pesar de haber aumentado el gasto total en salud, principalmente, a expensas de los recursos públicos, tanto de origen fiscal como de las contribuciones, de haber mejorado la focalización de los recursos de salud para los más pobres, de haber aumentado la cobertura del seguro de salud para la población total y los más pobres³, el país presenta una serie de indicadores de salud que son absolutamente inaceptables.

Estos indicadores son graves en la población no asegurada, pero peor aún, también lo son en la asegurada, lo que plantea serias dudas sobre el acceso a los servicios de salud o sobre la calidad de los que se están ofreciendo. Aquí vale la pena preguntarnos: ¿confundió el Ministerio de la Protección Social el norte y se concentró en el aseguramiento en desmedro de la salud? Y de manera complementaria: ¿el proyecto de ley 52 introduce correctivos para retomar el curso?

Los niveles de la mortalidad por sífilis congénita que en el año 2000 tuvo las cifras más altas de los últimos 25 años⁴, la mortalidad materna, la mortalidad por IRA, los indicadores centinela que las entidades prestadoras y aseguradoras deben reportar y que muestran la presencia de números alarmantes de casos de otitis supurativa y de hospitalizaciones por enfermedad diarreica (EDA) y neumonías en menores de cinco años son todos muestra de fallas serias en las acciones de prevención y en la calidad de la atención primaria⁵.

Parecería obvio que una reforma del sistema debería partir de un planteamiento acerca de cuál es el que más le conviene a los colombianos o por lo menos de plantearse la pregunta de si el actual está cumpliendo con los objetivos de cualquier sistema de salud, y cuáles son los de mantener y mejorar el nivel de salud de su población.

¿Está el Sistema de seguridad social en salud colombiano contribuyendo con eficiencia a mantener y mejorar la salud de los colombianos? Creemos que ésta es la pregunta central que se debería plantear antes de avanzar en el proceso de reforma y que por tanto debería hacer los ajustes necesarios para reorientar el sistema hacia sus objetivos centrales y nos aventuramos a afirmar, con base en la información disponible, que el sistema de salud ha perdido su referente en la salud de los colombianos.

² Unión Temporal CCRP-Assalud-BDO. 2004. “Diseño y aplicación de una encuesta para la evaluación de las acciones de prevención y promoción del plan obligatorio de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y del logro de las metas del plan de atención básica (PAB) departamental y distrital. Bogotá, diciembre de 2004”.

³ Yepes, F. 2003. “El financiamiento de la salud en Colombia y la equidad”. En: Muñoz, O.; Durán, L.; Garduño, J.; Soto, H. eds. *Economía de la salud*. Seminario internacional. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, DF.

⁴ Rodríguez, D.; Acosta, J. 2001. *La eliminación de la sífilis congénita en Colombia: una paradoja social*. Instituto Nacional de Salud. Bogotá. 6 (24): 361-6.

⁵ Unión Temporal CCRP-Assalud-BDO. *Op. cit.*



Basamos esta afirmación en la no disponibilidad de denominadores poblacionales confiables como base de programación de las acciones de salud en los niveles territoriales, en las serias limitaciones del sistema de vigilancia epidemiológica y en la muy grave predominancia de los incentivos económicos (facturación-control de costos) lo que va en claro detrimento de los objetivos de salud (metas epidemiológicas, coberturas útiles, reducción-eliminación de morbimortalidad evitable...) y en los resultados que estamos observando en términos de salud.

No están, por supuesto, en discusión los logros obtenidos en cuanto al financiamiento, aseguramiento, focalización de los subsidios a los pobres y esquema de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).

El aumento en la financiación de la salud y, en particular, en la proporción del gasto público es un logro importante en la medida en que se garantice la eficiencia en el uso de los recursos.

El esquema solidario del Fosyga que, de una parte, transfiere 8,33% de las contribuciones para el aseguramiento de los más pobres y, de otra, mediante la compensación establece solidaridad de los mayores ingresos a los menores y mediante la unidad de pago por capitación (UPC) de los más sanos a los más enfermos, es otro gran logro del sistema creado por la ley 100 de 1993.

De la mano con lo anterior se ha generado en el país una conciencia del aseguramiento en salud que es una ganancia importante, pero sobre todo una conciencia del derecho a la salud, que más que un producto de la ley 100 lo es de la Constitución de 1991.

Sin embargo, a pesar de estos logros, el sistema muestra una gran ineficiencia: un sis-

tema que consume 10% ó más del producto interno bruto (PIB) del país en salud, cuando la cobertura del aseguramiento aún dista 40 puntos de la cobertura total; que a la población asegurada en el régimen subsidiado (30%) sólo le ofrece un plan obligatorio de salud (POS) parcial; que tiene a su red pública de hospitales en serios aprietos y a la pública aseguradora en vías de extinción, en la que el gasto privado en medicamentos va en aumento⁶; que presenta niveles alarmantes de mortalidad materna inclusive en mujeres aseguradas; que muestra cifras alarmantes de morbilidad por sífilis congénita, malaria, dengue, fiebre amarilla, otitis media supurativa en niños y de hospitalizaciones por EDA y neumonía en niños⁷. No sólo es un sistema ineficiente e ineficaz, sino que está gravemente enfermo y requiere de cuidados intensivos.

La pregunta que surge en consecuencia es obvia: ¿provee la propuesta de reforma en curso en el Congreso de la República las respuestas suficientes?

El análisis del proyecto de reforma permite identificar una serie de medidas alentadoras, pero de igual modo muestra que hay aspectos fundamentales del sistema que no se tocan.

El proyecto de ley en el artículo 3 reconoce que “la misión del sistema es mejorar las condiciones de salud de los habitantes del territorio colombiano” y en el artículo 37 determina la creación de un sistema de incentivos para las empresas promotoras de salud (EPS) que acrediten el mejoramiento o mantenimiento de la salud.

⁶ Yepes, F.; Ramírez, M. 2004. “Presentación realizada en la Conferencia internacional sobre innovaciones en la financiación de la salud”. México, D.F.

⁷ Unión Temporal CCRP-Assalud-BDO. *Op cit.*

Ambos artículos apuntan sin duda en la dirección correcta, pero ante una práctica ya establecida en los diez años de funcionamiento de la reforma, en los cuales han predominado los incentivos económicos (facturación, control de costos), en detrimento ostensible de los objetivos de salud y ante la permanencia en el sistema de las entidades aseguradoras con ánimo de lucro⁸ es muy difícil creer que el mero régimen de incentivos positivos pueda ser suficiente.

Creemos que se requiere de un régimen muy sólido de incentivos tanto positivos como negativos, con plena transparencia e información pública y amplia participación ciudadana plenamente informada. El mantenimiento y mejoramiento de la salud de los colombianos debe ser el objetivo explícito del sistema, así como todos los actores (aseguradores y prestadores) deben ser responsables de mantener y mejorar la salud de sus respectivas poblaciones.

Por otra parte, a sabiendas de que en el área de medicamentos hay problemas de barreras por parte de las aseguradoras para la entrega de los mismos, el proyecto de ley no plantea soluciones.

Tampoco se ven soluciones a las barreras de acceso que surgen de la fragmentación del financiamiento y de los servicios (POS-S y no asegurados). En este tema es preocupante que se introduzcan ahora los subsidios parciales, sin haber solucionado los problemas de fragmentación de servicios que existen en la actualidad en el POS-S, con grave lesión para las personas.

Aún cuando se trata sobre el sistema de información en los artículos 76, 77 y 78,

en ninguna parte se establece el carácter público de la información, como tampoco se rescata la información pública en cuanto herramienta fundamental para la participación ciudadana informada.

Los planes de medicina prepagada están ausentes de la ley, que ignora la resistencia de las aseguradoras para desarrollar planes complementarios que lo sean de realidad e ignora el sobrecosto innecesario en que deben incurrir los usuarios de la medicina prepagada.

El proyecto de ley no toca la participación ciudadana que necesita ser fortalecida y ampliada y no es claro cómo va a lograr fortalecer la rectoría del Ministerio, o cómo va a fortalecer al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. A este último lo que le da con una mano se lo retira con la otra al crearle una secretaría técnica (que ya tenía), para dejarla en manos del Ministerio como de hecho ha estado siempre.

En resumen y con gran preocupación debemos decir que esta reforma, a pesar de los objetivos que se plantea, se limita a hacer algunos ajustes bien intencionados al sistema actual, pero no entra a fondo en la corrección de los problemas centrales que en la actualidad tiene al sistema de salud a la deriva.

El objetivo central del sistema es la salud de los colombianos. Para lograrlo debe ser eficiente, efectivo, equitativo y de excelente calidad. Los objetivos económicos no pueden ir en detrimento de los de salud, así como el beneficio de los actores instrumentales no puede ir en desmejora del de los actores centrales del sistema que somos todos los colombianos.

Francisco Yepes Luján

Director Ejecutivo
Assalud
Editorialista invitado

⁸ Si bien se avanza en la dirección correcta al no permitir en el régimen subsidiado nuevas aseguradoras con ánimo de lucro, no se hace nada al respecto en el régimen contributivo.

