

Equidad y Reforma en Salud en Colombia¹

Hernan Málaga¹, María C. Latorre², Jaime Cárdenas³, Humberto Montiel⁴, Celsa Sampson⁵, Maria C. de Taborda⁶, Ramón Granados T⁷, y Desirée Pastor⁸

¹ Médico Veterinario. Maestría Preventiva Medicina Veterinaria - MPVM. Representante en Colombia de la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Apartado Aéreo 253367. Bogotá.

² Química Farmaceuta. Representación de la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Tel. 3367100. Bogotá.

³ Maestría Preventiva Medicina Veterinaria - MPVM. Representación de la Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Tel. 3367100. Bogotá.

⁴ Médico. M. Sc. Public Health. Representación de la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Tel. 3367100. Bogotá

⁵ Médica. M. Sc. Public Health. Representación de la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Tel. 3367100. Bogotá.

⁶ Médica. Psiquiatra. Representación de la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Tel. 3367100. Bogotá.

⁷ Médico, M. Sc. Administración y Organización de la Salud Pública. Ph. D. (candidato) Representación de la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Tel. 3367100. Bogotá. E-mail: ramon@col.ops.oms.org

⁸ Médica. M. Sc. Public Health. Representación de la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Tel. 3367100. Bogotá.

RESUMEN

Presentamos un análisis sobre los efectos positivos y negativos de la reforma de la salud en Colombia, indicando de manera breve los impactos que están documentados sobre la equidad. Se examinan algunos de los problemas que tiene la reforma de la salud en su grado actual de desarrollo.

¹ Trabajo presentado en las X Jornadas Colombianas de Epidemiología. Cali, Colombia, Octubre 2000.

Palabras Claves: Equidad, reforma, impactos.

ABSTRACT

Equity and health reform in Colombia

A balance on the positive and negative effects of the health care reform in Colombia is presented. A brief report on the impacts on equity in health care is given and some problems related with the health care reform in its current degree of development are examined.

Key Words: Equity, reform, impacts.

Los países signatarios de Alma Ata escogieron como meta el logro de la Salud para Todos en el año 2000, a través de la estrategia de atención primaria de salud. Esta meta fue entendida por muchos como “cuidados de salud a todos los enfermos” (1).

Esta connotación de la meta mal entendida por los países produjo que se privilegiaran las acciones asistenciales concentrándose estas en los hospitales de grandes áreas urbanas, promoviéndose el uso de tecnologías de alto costo y generándose desigualdad en la distribución y en acceso a los servicios, los que fueron establecidos más que en función a las necesidades, en función al desarrollo, a valores políticos, a valores económicos y otros valores utilitarios no concordantes con la necesidad.

Además en América Latina se ha puesto en práctica un modelo de desarrollo elitista que ha creado profundas y peligrosas brechas sociales, en vez de haberse promovido un acceso de las mayorías al mercado con baja desocupación (2), por lo que las vertientes actuales de salud y desarrollo hacen necesario el redefinir las articulaciones entre la gestión de salud y las propuestas de desarrollo (3).

Estas grandes inequidades sociales constituyen el problema dominante de la salud en las Américas, por lo que la Organización Panamericana de la Salud ha interpretado estas inequidades como un llamado a la justicia social y un derrumbamiento de los muros que se han alzado hasta dejar sin esperanza a las grandes masas de humanidad que más lo necesitan (4). La búsqueda de la equidad en salud debe incluir por consiguiente, el disfrute de aquellas condiciones sociales y ambientales que tan poderosamente repercuten en la salud. La asociación entre condiciones de vida y salud, se manifiesta por las grandes diferencias en la estructura de salud, enfermedad y

muerte, de acuerdo con la oportunidad de vida (5) de las poblaciones, correspondiendo su caracterización a la identificación de riesgos colectivos.

SITUACIÓN DE LAS INEQUIDADES SOCIALES EN COLOMBIA

En Colombia, los municipios pueden ser clasificados según las condiciones de vida (expresadas por las NBI) de la siguiente manera: 9 % de los municipios tienen hogares con NBI de 84 a 100 %, un 15 % entre 69 y 83 % de NBI, un 25 % entre 53 y 68 % de NBI, un 25 % entre 39 y 52 % de NBI, un 23 % entre 22 y 38 % de NBI y un 3 % entre 0 y 21 % de NBI, de un total de 2 090 544 hogares estudiados, con datos procedentes del censo de 1993. En los municipios donde se tiene entre el 70 y 100 % de NBI la pobreza extrema es más prevalente y se estima en el 44 %, mientras que en los que tienen entre 0 y 29 % de NBI, esta sólo es del 3,4 %. La presencia de servicios básicos en los hogares que tienen entre el 70 y 100 % de NBI es del 44 %, mientras que en los que tienen entre el 0 y 29 % de NBI es del 81,6 %.

Esta diferencia en condiciones de vida define perfiles diferentes de salud, enfermedad y muerte de sus poblaciones. Así, por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil de los Departamentos tipo seleccionados para cada uno de los 6 estratos de NBI varía entre 91,4 por 1 000 para el Chocó a 22,8 por 1 000 en el Cauca y la tasa bruta de mortalidad por mil varía entre 8,13 en el Chocó a 5 en Bogotá (6).

La mortalidad proporcional por diarreas varía por estratos de NBI siendo esta entre el 21,7 % para el estrato 1 contra 10,2 % en el estrato 6. La tuberculosis varía entre 15,3 % para el estrato 1 a 6,8 % en el estrato 6. La desnutrición como causa de mortalidad es el 13,5 % en municipios de estrato 1 contra 3,3 % en municipios de estrato 6 y la mortalidad infantil proporcional por transmisibles pasa de ser el 29,9 % y 30,8 % en los estratos 1 y 2 a sólo 20,8 % en el estrato 6, mientras que la mortalidad proporcional por transmisibles varía entre el 9,9 % para municipios de estrato 1, contra 7,4 % en municipios de estrato 6, evidenciándose con estos indicadores la relación entre pobreza estructural y enfermedades ligadas a esta situación, concentrándose los municipios de estratos más pobres en los Departamentos de Chocó, Córdoba, Sucre, Bolívar, Magdalena y Nariño y los de las regiones de la Orinoquía y de la Amazonía, concluyendo que el perfil de la mortalidad en los estratos 1 y 2 se parece al que caracterizó a Colombia en los años 40 ó 50, el 3 a los años 70, el 4 a los 80, el 5 a los 90 y el estrato 6 al esperado para la primera década de este milenio (6).

Con relación a las enfermedades del desarrollo, estas hacen una correlación inversa a las de la pobreza; así los tumores pasan de ser el 7,1 % de la

mortalidad proporcional en el estrato 1 al 14,6 % en los municipios de estrato 6 y las enfermedades cardio-cerebro-vasculares pasan de ser el 17,4 % en el estrato 1 contra 27,6 % en el estrato 6. Sin embargo, el cáncer de útero tiene una correlación con la pobreza estructural al ser este de un 12,4 % del total de tumores en el estrato 1 y sólo del 6,5 % en el estrato 6.

La violencia, que constituye el primer problema de salud pública, presenta grandes contrastes. El país tiene una tasa de violencia de 111 por 100 000 en los varones y de 8 por 100 000 en las mujeres, no detectándose una correlación entre pobreza y violencia, puesto que uno de los departamentos más pobres de Colombia como es el Chocó, tiene la menor tasa de homicidios, 8 100 000, mientras que Antioquia, uno de los departamentos más desarrollados la tiene en 179 100 000; Sin embargo en la gran ciudad, se observa que el mayor aporte de los muertos por violencia provienen de los estratos uno y dos, más pobres (7).

A nivel urbano, en Medellín se realizó un estudio comparativo del promedio anual de años de vida perdidos por 1 000 habitantes, por subgrupo de causas y por nivel socioeconómico, siendo los promedios en el nivel socioeconómico bajo más altos que en los niveles medio y alto, en el grupo de enfermedades transmisibles, perinatales, maternas y de la nutrición; en el grupo de las no transmisibles y en el grupo de lesiones (8), por lo que en las ciudades podemos concluir que los tres tipos de problemas afectan más al grupo social pobre, corroborando que las enfermedades crónicas y degenerativas y las lesiones, no deben considerarse como signos de progreso, sino que son también enfermedades de la pobreza (9).

Cabe resaltar que si verificamos la existencia de asociaciones entre desarrollo y mortalidad por enfermedades ligadas a la pobreza estructural en tasas, las asociaciones no se dan con el menor desarrollo, como sucede con la tasa bruta de mortalidad infantil que pasa de 4 por 1 000 a 15,4 y la mortalidad general ajustada que pasa de 1,4 a 5,4 entre estratos sociales extremos. Las enfermedades transmisibles pasan de 0,12 por 1 000 a 0,41 y las perinatales pasan de 0,77 a 0,73 entre el estrato 1 y 6, a diferencia de lo observado en Venezuela, por ejemplo, en donde existe correlación positiva entre las tasas de enfermedades transmisibles, diarreas, enfermedades respiratorias agudas, tuberculosis y tétanos neonatal, con la pobreza estructural (10). En cambio, se observa en Colombia la correlación entre las tasas de mortalidad por infarto de miocardio y el desarrollo estructural de los municipios que pasa de 5,5 por 1 000 a 54,2 entre el 1 y el 6, y la tasa de mortalidad por diabetes que pasa de 1 por 100000 en el estrato 1 a 15,4 en el 6.

La poca correlación encontrada entre la mortalidad proporcional por transmisibles y la pobreza estructural y más bien la asociación entre las tasas de enfermedades transmisibles y el desarrollo estarían explicadas por deficiencia de acceso, las que se manifiestan claramente en la correlación existente entre desarrollo y la proporción de mortalidad institucional por causa natural, la que varía del 28,6 % en el estrato 1 a 50,5 % en el estrato 6 y un 55,2 % de muerte en casa en el estrato 1 contra un 41,2 en el estrato 6.

La certificación médica de la muerte natural también varía con el desarrollo, pasando de 76.3 % en cabeceras del estrato 1 a 99,9 % en cabeceras del estrato 6, pronunciándose la inequidad en el resto al ser este de sólo 32,8 % en el estrato 1 y 98,8 % en el estrato 6.

En Colombia se ha encontrado que la mortalidad infantil está debajo de lo esperado en relación con su gasto en salud (11), dato obtenido de una muestra de países con índices de Desarrollo Humano medio, en el que se incluye Colombia. Este hecho debemos interpretarlo debido a que en el país no se ha privilegiado la promoción de la salud entendida como la satisfacción de las necesidades básicas para que la población tenga oportunidad de vida (lo que le corresponde a todo el Estado), además de la versión de promoción que promueve el autocuidado desde los servicios de salud, y a que en el acceso a los servicios de salud no se ha focalizado la intervención en las comunidades más postergadas, pudiéndose concluir que en Colombia existen dos tipos de inequidades:

- Las inequidades en salud, producto de las diferencias en las condiciones de vida, derivadas de la falta de justicia social, y
- Las inequidades en el acceso a los servicios de salud y dentro de estas, las inequidades en el acceso a servicios de alta calidad, determinadas por una mala distribución de respuestas a las necesidades de asistencia sanitaria, derivadas de la falta de justicia sanitaria.

De ahí que la búsqueda de la equidad en salud la que implica que localmente todos deben tener igual oportunidad de desarrollar su potencial de salud y nadie debe estar en desventaja de alcanzar ese potencial si esta es evitable (12), debería ser la inspiración de las reformas en salud desde el Estado y desde el sector salud en el país.

REFORMA DEL ESTADO Y DEL SECTOR SALUD

La Constitución política de Colombia consagra como principio básico que el Estado colombiano está organizado en forma de “República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista”. Además, la descentralización como proceso político cuenta con un marco legal plasmado en las Leyes 60 de 1993, 141 de 1994 y 358 de 1997 que regulan los procesos de transferencias financieras a las entidades territoriales.

La Ley 60 de 1993 determina que las participaciones municipales de los ingresos corrientes de la nación crecerán del 14 % en 1994 al 22 % en el año 2002. Las distribuciones se harán con base en los siguientes criterios: el 40 % en relación directa con el número de habitantes con Necesidades Básicas Insatisfechas – NBI, el 20 % con base en el grado de pobreza relativo de cada municipio, el 6 % en correspondencia directa con la eficiencia fiscal, el 6 % por eficiencia administrativa y el otro 6 % según mejoramiento demostrado en la calidad de vida, medida como la variación en el índice de NBI entre los períodos definidos.

Mediante el artículo 22 de esta Ley fueron establecidos las prioridades básicas para la inversión municipal: el 25 % en salud, el 30 % en educación, el 20 % en agua potable, el 5 % para educación física, recreación, cultura y deporte, y el 20 % restante a criterio del alcalde o la comunidad, siempre y cuando las actividades estén contempladas en la Ley 60.

La Ley 141 de 1994 reglamenta las regalías y el Fondo Nacional de Regalías, al incrementar los recursos de la descentralización: el 47 % para los Departamentos productores, el 12,5 % para los municipios productores, el 32 % para el Fondo Nacional de Regalías. Los cuales serán destinados con base en el artículo 361 de la Constitución Política para la promoción de la minería, la preservación del medio ambiente y la financiación de proyectos regionales de inversión definidos como prioritarios en los planes de desarrollo municipal (13).

En Colombia, la Ley 100 propuso el aumento de capacidad de pago a los más pobres, el empoderamiento de las comunidades para exigir aseguramiento y prestación de servicios, superando las barreras culturales y subsidiar a la demanda, para reordenar la oferta, mejorando la accesibilidad geográfica y distribución de recursos humanos.

La aplicación de estas Leyes habría producido o produciría, entre otros, los siguientes aspectos positivos:

- Incremento del aseguramiento
- Incremento del gasto en salud
- Mejoramiento en el acceso a medicamentos esenciales
- Estado de salud y utilización de los servicios
- Satisfacción del usuario
- Posible mejora del sistema de vigilancia en salud pública

EFFECTOS POSITIVOS DE LAS REFORMAS

Incremento del aseguramiento

En 1984 unos 2,8 millones de trabajadores habrían estado afiliados a los diferentes subsistemas de Seguridad Social y los servicios de salud respectivos cubrían directamente a unos 4,5 millones de personas (14), alcanzándose sólo del total de 26 525 670 el 27,5 % de cobertura. En una comparación efectuada con la Encuesta Nacional de Hogares de 1992, se demuestra una ampliación efectiva de la cobertura al pasar de 25,1 % en 1992 a 57,2 % en 1997 (15) discrepando de lo informado por el Ministerio de Salud, que registraba en 1997 el 52,8 % de su población asegurada (16). Actualmente se tiene un total de 13 625 878 afiliados al Régimen Contributivo y 9 365 832 en el Régimen Subsidiado, alcanzándose el 56,4 % de la población de 41 539 011, que están adscritos al Sistema General de Seguridad Social (17). Sin embargo, para la Superintendencia Nacional de Salud, habría 13 654 117 afiliados al Régimen Contributivo a Diciembre de 1999, de los cuales 1 842 786 (13,5 %) serían posibles repetidos entre EPS (18), no habiéndose podido hacer el mismo análisis con el Régimen Subsidiado por inconsistencias en la base de datos.

Incremento del gasto en salud

En el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (14) la participación relativa del presupuesto total de salud en el Producto Interno Bruto pasó del 0,5 % en 1966 a 1,0 % en promedio a partir de 1976, llegando en 1984 a alcanzar el 1,5 %.

La participación en salud dentro del presupuesto nacional creció entre 1966 y 1977, al pasar de 5, % en el primer año, a 10 % en el último. Pero, a partir de ese máximo, su participación comienza a decrecer continuamente

hasta llegar a 7,4 % en 1984. Como resultado de lo anterior, el gasto total *per cápita*, tiene un comportamiento similar, llegando entre 1966 y 1977, a \$ 138,3 disminuyendo \$ 27,4 en 1983 (14).

Con la implementación de la Ley 100 en el país se estimó en 1996 el total del gasto en Salud en 6 billones 964 620 millones de pesos, lo que corresponde al 10,1 % del PIB estimado para dicho año en 88 billones 853 574 millones de pesos; de estos el gasto público es del 4,1 % y el gasto privado de 5,9 % (19). Estas cifras discrepan ligeramente en materia de financiamiento sectorial, ya que el gasto en salud estimado por Alvarado representaba para ese año el 4,8 % del PIB, aumentando este en 1,8 % en relación con 1993, pasando en el nuevo período los recursos para la población pobre de 1,4 a 2,5 % del PIB (20), información consistente con la dada por Esguerra quien refiere que en 1993 el gasto en salud, alcanzó el 6 % del PIB equivalente a 4 617 millones de dólares, alcanzando la inversión en 1999 al 10 % del PIB o 9 658 millones de dólares (21).

Mejora del acceso a medicamentos esenciales

El Sistema General de Seguridad Social, asegura la accesibilidad a los medicamentos esenciales, alrededor de 350 fármacos, en el Plan Obligatorio de Salud (POS), para los asegurados en el régimen contributivo, con restricción para los del régimen subsidiado y sin definir normativamente para la población no vinculada al sistema, aunque se garantizan los medicamentos prescritos en atención básica. Igualmente se crean las condiciones para actualizar la normatividad, garantizar la calidad de los medicamentos y promover su uso racional (22,23).

En 1995, los medicamentos esenciales representaban más del 70 % de las prescripciones en el 73 % de los hospitales públicos, el 62,5 % de las ventas del 76,8 % de las farmacias privadas, estimándose que el 95 % de estos son fabricados en el país y que el valor del gasto público *per capita* en medicamentos era de US \$ 28,8 (24), elevándose este gasto a US \$ 30,2 en 1998 (25).

En 1999, se midió la aplicabilidad de la política, en pacientes con diabetes mellitus –DM, en tres ciudades de Colombia y se encontró que al 91,5 % de los pacientes con DM se les prescribieron medicamentos del POS sin presentarse diferencias significativas entre los regímenes y las ciudades; los medicamentos prescritos fueron despachados sin costo en un 43,8 %, encontrándose diferencias significativas entre el régimen contributivo (77 %), subsidiado (16,9 %) y vinculado 4,6 %. Igualmente se presentaron diferencias significativas entre ciudades, en Medellín (37,7 %), en Manizales (70,1 %)

y en El Espinal (64,7 %). Al 56 % de los pacientes no le fueron entregados los medicamentos prescritos, quienes tuvieron que comprarlos, encontrándose diferencias en cuanto al sitio de adquisición por parte de los pacientes entre los regímenes y las ciudades, el motivo de compra manifestado en un 32,5 % fue “no cubría”, la entidad no lo quiso suministrar en el 28 %, por el pago parcial (pacientes vinculados) en el 8,8 % y por la cuota moderadora en el 2,8 %. El 94,2 % de los pacientes manifiestan haber recibido explicación sobre el uso, la posología y la cantidad a tomar (26).

La Defensoría del Pueblo encontró que el 32,7 % de los beneficiarios y 34,9 % de los cotizantes del régimen contributivo no recibieron los medicamentos, así como el 43,9 % en el régimen subsidiado y 44,3 % de los vinculados tampoco; el rango de satisfacción en la entrega de medicamentos según el nivel de educación va desde 51,4 % de los encuestados con ninguna educación hasta el 78,6 % de los encuestados con nivel postgrado; al 93,7 % de los encuestados les explicaron para qué eran los medicamentos y cómo tomarlos, sin encontrarse diferencias significativas por región, género y tipo de afiliación (27).

Observando el comportamiento del porcentaje de prescripción de medicamentos esenciales del 70 % en 1995 en hospitales públicos, 62 % en centros de atención en 1997 y de 91,5 % en pacientes diabéticos en tres ciudades y 89,6 % en un hospital de primer nivel de atención en 1999 se puede decir que hay una tendencia a aumentar la correspondencia de medicamentos prescritos con los medicamentos esenciales, lo que implicaría de una parte una selección adecuada a las necesidades del país y de otra, que hay conocimiento de la reglamentación por parte de los prescriptores.

Legalmente el acceso a los medicamentos esenciales debió aumentar en la misma proporción que la cobertura del sistema de salud, sin embargo en los estudios descritos encontramos que existen inequidades respecto al régimen y a la ciudad, que los copagos y las cuotas moderadoras constituyen barreras de acceso y que la insatisfacción de la demanda medida en términos de los medicamentos prescritos no entregados varía en tres de los estudios, entre el 10,4 % al 56 %.

Estado de salud y utilización de los servicios

En la Encuesta Nacional de Salud el 67,4 % de los colombianos calificó como muy bueno o bueno su estado de salud y el 32,6 % como regular o malo. Entre los afiliados el 13,1 % la califica como muy buena en comparación con los no afiliados con 9,5 %. La consulta preventiva al médico o al

odontólogo una vez al año fue del 46 % en los afiliados contra solo 32,1 % en los no afiliados, habiendo estado hospitalizados el 8,4 % de los afiliados y el 5,3 % de los no afiliados.

Además los afiliados con padecimientos crónicos, asistían a consulta periódica en un 72,1 % contra 55,6 % en los vinculados y los afiliados acuden en mayor proporción (80,7 %) a instituciones de salud y los no afiliados solamente en un 66,9 %, siendo la automedicación más prevalente en estos últimos, existiendo diferencias significativas en las 5 comparaciones (28).

Satisfacción del usuario

Con el propósito de acabar con posiciones de mejorías o deterioros por parte de los expertos y allegados al Sector Salud, al hablar del tema de la calidad, la Defensoría del Pueblo, ha tratado de configurar una línea de base sobre el tema, en especial en sus componentes funcionales o de satisfacción de los usuarios del actual Sistema de Seguridad Social, en el que participaron 2 365 usuarios, denominada "Encuesta Nacional de Calidad en Salud percibida por los Usuarios". Se han encontrado los siguientes resultados: 1 628 manifestaron estar afiliados a algunos de los regímenes, mientras que 737 respondieron no tener ningún tipo de afiliación. Los afiliados al Sistema en el Régimen Subsidiado aportan el 43 % y en el Régimen Contributivo el restante 57 %, caracterizándose entre otros lo siguiente:

- Percepción del servicio médico general: 2 360 encuestados informaron al respecto. De estos el 75,3 % asistió a consulta y el 24,7 % no lo hicieron. De quienes asistieron a este servicio el 4,1 % considera que no le examinaron y el 95,9 % considera que si fueron examinados, el 63,6 % manifiesta que le ordenaron exámenes de laboratorio y el 78,2 % que le formularon medicamentos. En términos de oportunidad los días transcurridos entre la solicitud de la consulta y su realización el 42,7 % manifiesta que se realizó el primer día, el 8,7 % el día siguiente y el 6 % al tercer día. De los que asistieron a consulta general el 91,4 % indica que le realizaron historia clínica, el 80,4 % que le explicaron la naturaleza de sus molestias y el 52 % que le recomendaron modificaciones en su estilo de vida. Al calificar la atención en general de uno a cinco, se hace referencia al trato y amabilidad, las instalaciones y la información recibida entre otros factores, el 36,5 % de los encuestados calificaron la atención general con 4 y el 34,9 % con 5 y con calificaciones inferiores a 3, el 7,6 % de los usuarios, calificando la atención dada por el médico general en forma específica el 82,5 % de los usuarios con entre 4 y 5 puntos

mientras que las calificaciones inferiores a 3 fueron referidas por el 4,9 % de los usuarios.

- Percepción del servicio médico especializado: del total de 1 530 encuestados, usuarios de los servicios médicos especializados el 42,5 % pudo escoger al especialista, mientras que el restante 57,5 % no lo pudo hacer. Con respecto al número de días entre la solicitud de la cita y la realización de la consulta, 1 252 personas de los 1 530 usuarios encuestados respondieron, un 50 % informó haber esperado 7 o menos días, al 80,1 % le explicaron la naturaleza de su molestia, al 9,9 % no y no informó el 9,9 %. De 1 530 usuarios del servicio especializado, informaron que volverían a ese mismo especialista el 81 %, que no lo harían el 8,3 % y no informó el 10,7 %. El 49 % de los usuarios califica los servicios del especialista con 5 y el 27,6 % lo hace con 4.
- Percepción sobre las entidades de salud: de los 1 599 usuarios efectivamente afiliados 1 461 respondieron esta pregunta, de los cuales 88,5 % refieren que la institución a la cual pertenecen le ha facilitado el acceso a los Servicios de Salud, mientras que el 11,5 % refiere que no se les ha facilitado el acceso. De las personas afiliadas el 18,5 % ha pensado en cambiarse de la institución a la cual pertenece, el 81,5 % refiere no haber pensado en ello. El 18 % de personas que manifestaron su intención de cambiar de Institución la principal causa fue el mal servicio con un 33,9 %, seguido por la poca seguridad o insatisfacción con un 29,4 % y la demora en la atención con un 9,1 %, siendo que la calificación de las Institución a la cual pertenece también en escala de 1 a 5 muestra un predominio de notas altas 4 y 5, las cuales representan el 73 % de todas las opiniones, mientras que la nota más baja fue asignada por el 2,8 % de los usuarios.
- Percepción sobre servicios de promoción y prevención: en esto se obtuvieron las peores calificaciones de los encuestados ya que de los 737 vinculados 427 respondieron a esta pregunta, habiendo registrado, que le informaron como mantener y mejorar su salud el 33 %. En los 2 628 afiliados encuestados algunos de ellos respondieron sobre sus EPS o ARS en realización a las invitaciones que recibieran de estas a realizarse exámenes preventivos, asistir a charlas y conferencias relacionadas con su hábitos de vida sana, encontrándose respuestas afirmativas en el 46,6 %, obteniendo los servicios de promoción y prevención una calificación de 1 en el 17,9 %, de 2 en el 18,2

%, de 3 en el 28,2 %, de 4 en el 20,8 % y de 5 en el 14,9 %, reflejando estas notas, que es el área peor calificada por la población encuestada.

Sin embargo, hay algunos componentes de la relación del profesional con los usuarios que son preocupantes tales como la no realización de la historia clínica a todas las personas, el que exista una quinta parte de los usuarios que salen de la consulta sin conocer la naturaleza de su molestia o la mitad de las personas que salen de los servicios sin obtener información que permita mejorar sus hábitos de vida, siendo preocupante el hecho de que en los servicios de Promoción y Prevención se encuentre la percepción más negativa de toda la encuesta (27).

Estos resultados son bastante similares a otros obtenidos en un estudio en el que se entrevistó a 400 personas de estratos 3,4,5 y 6 residentes en cuatro ciudades principales: Bogotá, Barranquilla, Cali y Medellín, afiliados a diferentes EPS, 190 de ellos al Instituto de Seguros Sociales y 210 a entidades privadas, en donde el 59 % de los encuestados se manifestó muy satisfecho con la atención recibida en su EPS y el 24 % medianamente satisfecho. Sólo el 17 % de los entrevistados está poco o nada satisfecho, opinando 66 % de afiliados al ISS y 79 % a otras EPS que a partir de su propia experiencia que el Sistema de Salud ha mejorado después de instaurada la reforma, sólo el 10 % opina lo contrario. Entre las mejoras en opinión de los encuestados se encuentran, la buena atención, el servicio eficiente, la facilidad para solicitar las citas, la oportunidad de escoger EPS y la amplia cobertura de servicios con una proporción agregada del 82 %. Quienes afirman que ha empeorado pueden agruparse en su totalidad en un 8 %. Los encuestados opinaron además que entre las bondades de las EPS a que se encuentran afiliados, más de la mitad de las opiniones se refiere al número de centros de atención y ubicación de los mismos dentro de la ciudad, el cubrimiento del servicios, la calidad de las clínicas y equipos, la facilidad para la realización de exámenes y los costos generales del servicios como aspectos definitivamente positivos y que entre los aspectos negativos cabe resaltar la dificultad para pedir citas y el costo y la dificultad en la obtención de drogas y la información al usuario, siendo la dificultad para pedir citas más grave en el ISS, ya que sus afiliados mencionan este aspecto 63 % de las veces, frente al 21 % de los usuarios de otras IPS (29).

Posible mejora del sistema de vigilancia en salud pública

Periodo 1973-1993

El sistema creado dos décadas antes de la ley 100, se caracterizó por la incompleta cobertura del sistema, falta de oportunidad, la discutible calidad y la escasa utilización de la información, así como de la reducida difusión de la información y de los resultados de su análisis e interpretación. Por otra parte, no se definieron con claridad las políticas de formación del recurso humano de los servicios locales de salud.

La ley 9 o Código Sanitario Nacional en su título VII y su decreto reglamentario 1562 de 1984 le dio marco legal a la vigilancia y control epidemiológicos estableciendo las definiciones técnicas de la vigilancia epidemiológica, la obligatoriedad de la notificación de acuerdo a las competencias y niveles de atención así como la estructura y mecanismos de notificación.

Periodo 1993-1996

Posteriormente luego de la desarticulación del equipo central de epidemiología en 1990, con el propósito de integrar la disciplina a cada una de las dependencias que la utilizan como herramienta, lo cual no funcionó y por el contrario se crearon o fortalecieron sistemas paralelos al sistema de vigilancia tradicional, conservando inmodificables el flujo y los instrumentos de recolección de información, recargados de eventos a vigilar sin establecer responsabilidades claras de análisis y difusión. A esto se sumó el desconocimiento de los avances tecnológicos en informática y el estancamiento en la vinculación del recurso humano con formación epidemiológica al nivel central. En resumen se desconoció la importancia, la utilidad y la necesidad de modernizar la vigilancia en salud pública adecuándola a los nuevos escenarios políticos, administrativos y fiscales del país. La ley 60 de 1993 en su artículo 14, establece requisitos para la administración autónoma del situado fiscal por los territorios sobre la base del perfil epidemiológico, lo que requeriría fortalecer el equipo laboral en la recolección, análisis y uso de la información..

Periodo 1996-2000

La Ley 100, establece un sistema único de seguridad social en el cual participa el sector privado, por lo que se desarrollara un sistema unificado de información y de vigilancia en salud pública. La descentralización requiere la elaboración de planes de salud locales que incluyen los planes de atención básica (PAB), acordes con necesidades y perfiles epidemiológicos específi-

cos, lo cual implica el fortalecimiento de la vigilancia como herramienta indispensable para los entes territoriales. La ley 100 mantiene la obligatoriedad de las anteriores reglamentaciones y condiciona la acreditación de las nuevas IPS y las extiende a nuevos actores del sistema como son las EPS.

La ley establece la organización de un sistema de información único en el ámbito nacional, el sistema de vigilancia epidemiológica que hace parte del primero, se supone será favorecido en lo que respecta a la oportunidad en la recolección y la transmisión de la información por el desarrollo tecnológico alcanzado y porque estará vinculado a un registro único de atención y facturación (RIA). Sin embargo actualmente se mantienen las características del sistema de vigilancia descritas para el período 1996-2000, donde a pesar de haber casi cuadruplicado el número de unidades notificadoras (de 1 179 a 4 100), se reporta información de eventos procedentes de menos unidades informantes, que las que notificaban en el período 1993-1996, concentrándose la información en los Departamentos y ciudades mas desarrolladas. Finalmente es evidente que la actividad de vigilancia deberá estar apoyada en un desarrollo adecuado de la red de laboratorios de salud publica del país.

EFFECTOS NEGATIVOS DE LA REFORMA

Sin embargo la búsqueda de la justicia social y sanitaria, tiene en su implementación algunos desvíos, entre ellos:

- No focalización en áreas dónde no hay acceso a los servicios de salud.
- Diferencias en los niveles de desarrollo de la red de Instituciones Prestadoras de Servicios a nivel municipal.
- Deterioro de programas específicos.
- Persistencia de la Inequidad en la distribución de recursos humanos.
- Desintegración de la red de servicios de salud.
- No mejoramiento de la calidad en los servicios de las IPS.
- No priorización de la prevención y la promoción por las EPS, ARS y alcaldías.
- Desviación de recursos a favor de intermediarios financieros.

No focalización en aéreas dónde no hay acceso a los servicios

La búsqueda de la igualdad sanitaria se logra cumpliendo el principio de que “a igualdad de necesidades igual de acceso a la atención disponible, a igualdad de necesidades igual utilización, igual calidad de la atención para todos”

(12). Esta premisa debería de ser el eje conductor de los procesos de reforma del sector salud, sin embargo este principio no ha sido seguido, toda vez que al estimar si existe correlación entre el porcentaje de población con NBI de los diferentes Departamentos, con el avance en el porcentaje de población con NBI afiliada al Régimen Subsidiado hemos encontrado que no existe una asociación entre pobreza y la inscripción al régimen subsidiado, encontrándose un coeficiente de correlación $r = -0,23$ que explica lo observado a Diciembre de 1997 en el que de 16 Departamentos que tienen más de 50 % de NBI, sólo en 5 se alcanzó una afiliación por encima de la mediana del país (40 % de su población pobre), mientras que en 17 de los Departamentos que tienen menos del 50 % de NBI este había avanzado en doce (30). Este resultado influenció un cambio de política, expresando en el Plan de Desarrollo en Salud para los años 1999 – 2002, al afirmar que el incremento de cupos en la cobertura del Régimen Subsidiado se hará teniendo en cuenta principalmente los niveles de NBI y de menor cobertura de los diferentes municipios, y se corregirá el desequilibrio existente entre las diferentes regiones del país. El nivel nacional a través del FOSYGA destinará mayores recursos para los municipios con mayor NBI y menor cobertura para cumplir con el principio de equidad y obligatoriedad de que habla la Ley 100 de 1993 (31). Siendo la necesidad de esta decisión corroborada, a Diciembre de 1998 por la Superintendencia Nacional de Salud al cumplir con su objetivo central de regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio de todos los niveles de atención, encontrando que al alcanzar una cobertura del 57,5 % en la población con NBI las brechas posiblemente se habrían incrementado, porque de los 23 Departamentos que tienen más de 36,5 % de NBI sólo ocho pasaron la proporción nacional de aseguramiento del 57,5 %, mientras que en los 11 Departamentos más desarrollados con menos de 36,5 % de NBI, ocho pasaron el porcentaje nacional (32).

Por estos antecedentes la Superintendencia Nacional de Salud con la cooperación técnica de la OPS ha establecido un proceso de monitoreo del cumplimiento de la norma, evaluándose nuevamente la situación a Diciembre 1999, encontrándose que continuaron seis de los nueve Departamentos con menos de 37,5 %, por encima de la proporción nacional de aseguramiento del Régimen Subsidiado del 59,8 %, mientras que en los que tienen más del 37,5 % de NBI sólo 4 de los 24 pasaron la proporción nacional de aseguramiento. Posiblemente, el propósito de la política establecida no cumplió su objetivo por la interferencia del terremoto en el Eje Cafetero, pues el Departamento del Quindío fue privilegiado, alcanzando el 100 % de afiliación de su población pobre al Régimen Subsidiado y además por ajustarse

las bases de datos, varios departamentos bajaron sus coberturas de afiliados (33).

Es relevante destacar que estos estudios comienzan a tener repercusión como la detectada por Tabima en Pereira, quien cuestiona que Bogotá, teniendo un NBI de sólo el 17,3 % ostenta un porcentaje de afiliación de su población pobre del 88,7 % mientras que Pereira con 23,6 % de NBI sólo tiene afiliada al 44 % de su población pobre, continuando la pobreza de las acciones de acompañamiento, vigilancia y control del Estado en el proceso de aseguramiento (34).

Diferentes niveles de desarrollo de las redes de IPS a nivel municipal y/o Departamental

En los procesos de Reforma surgen nuevos autores y nuevas responsabilidades. En Colombia, el nivel central retuvo las funciones de definir políticas, prestar asesorías, dar apoyo y llevar a cabo la vigilancia y el control. A los Departamentos les corresponde adaptar las políticas y dar asesoría, además de realizar la vigilancia y el control y los Municipios planifican y ejecutan los programas de prevención y control, integrados dentro del Plan de Atención Básica (35). En el Programa Ampliado de Inmunizaciones, se ha querido evaluar el efecto de esta descentralización, en las coberturas de las inmunizaciones estudiándose doce Municipios, seis de ellos descentralizados y seis no descentralizados con similares porcentajes de NBI, en los que previamente existía una sede del programa ubicada en el Hospital o Centro de Salud más grande. En uno de ellos se suspendió el programa de vacunación del Hospital y se trasladó a la Secretaría de Salud Municipal que funciona en un local no identificado por la comunidad. Sin embargo, los datos obtenidos no fueron suficientes para realizar un análisis más completo que permitiera, por ejemplo, realizar comparaciones de cobertura entre pares de Municipios por todos los biológicos. En este estudio, se detectó el problema de que el vacunador debe identificar el régimen al que pertenece el usuario para estimar quien factura y a quien se le carga la factura dificultándose el programa, además el presupuesto asignado por vacunación en los Municipios puede ser utilizado para otros fines, que la autoridad competente considere de mayor prioridad (36).

La evolución de las coberturas de vacunación con antipoliomelítica, al comparar los periodos 1995–1996, (fases previas a la descentralización) vs 1997–1998 por Departamentos, en relación a la proporción de población con NBI evidencia un claro deterioro, correlacionado con las condiciones de vida, es decir en los Departamentos donde el porcentaje de NBI es mayor, la

diferencia en las disminuciones de las coberturas es también mayor, que en los Departamentos donde existen mejores condiciones de vida, evidenciándose diferencias en el desarrollo de los servicios. Esta caída de cobertura de vacunación es prevalente en todas las vacunas, a partir de 1997, siendo mas evidente, en unos Departamentos que en otros (37), habiendo diferencias marcadas entre áreas urbanas y rurales, privilegiándose a las primeras.

Por otro lado, hay inequidad en la entrega de servicios de vacunación a los afiliados del ISS que viven en zonas rurales donde no hay cobertura directa por esta institución y dónde son rechazados por las IPS públicas o privadas por no mediar un contrato, o sencillamente por amonestación al no haber conciliación de cuentas de facturación con el ISS, además la movilización de brigadas de vacunación al área rural se dificulta por la disponibilidad financiera extemporánea del PAB, que no permite el pago de viáticos y transporte hasta casi mitad del año.

La pobre respuesta de las EPS y ARS para conseguir las coberturas útiles de vacunación de sus afiliados puede deberse a un desconocimiento del estado de vacunación de sus afiliados.

En cuanto a malaria se ha realizado igualmente un informe de evaluación del Programa de Control en Colombia, en el que encontró que existe una desigualdad en el grado de desarrollo de los servicios de salud y en su grado de compromiso con el programa, factores estos que determinan la implementación de acciones sostenibles para lograr impactar realmente el comportamiento de la patología y que en general la vigilancia epidemiológica presenta fallas, especialmente en el Sistema de Información, que no se ha logrado unificar, ya que se manejan registros diferentes en cada Departamento. También es una deficiencia del Sistema de Información, la falta de sistematización de la información sobre las enfermedades de transmisión vectorial y esta información no se analiza de manera uniforme en los diferentes entes territoriales (35).

Los principales problemas a nivel local en el control de la malaria además de la falta de continuidad de las acciones, la baja cobertura en diagnóstico y tratamiento, la inestabilidad laboral del recurso humano capacitado, la mala utilización de los recursos, las acciones de control vectorial que no son orientadas con base en los hallazgos de estudios entomológicos y la escasa participación social, lo que ha ocasionado una tendencia clara y sostenida desde 1996, alcanzando en el 98 la mayor tasa de incidencia de las últimas dos décadas.

Deterioro de programas específicos

El programa de protección de alimentos, que tenía claramente estipulada sus responsabilidades en el nivel nacional, departamental y municipal en la Ley 9, quedó desconocido en la Ley 100, al incorporar el programa dentro del PAB, en el cual los gobernadores y alcaldes pueden disponer de los recursos para su ejecución, habiéndose elaborado planes de reestructuración, con disminución de personal, como por ejemplo en Nariño, en donde se han reducido de 300 a 37 los funcionarios responsables de este programa, nombrando funcionarios no idóneos (38) y por ejemplo en los mataderos que antes contaban con inspección veterinaria, actualmente en mucho de ellos ya no existe inspección.

Con relación a los programas de control de zoonosis el Estado proporciona el biológico, pero estos no pueden ser aplicados en forma debida por falta de personal ya que las EPS no se responsabilizan en la aplicación de vacunas y sueros en personas mordidas, no contándose en ocasiones con el biológico.

La tuberculosis representa en la actualidad uno de los problemas prevalentes más graves en Colombia. Un promedio de 10 000 casos nuevos de tuberculosis se están diagnosticando en el país, sin embargo se cree que existe un subregistro de casos del orden del 25% debido a que no se están realizando actividades de búsqueda activa (39).

La tendencia a la disminución en la incidencia de la tuberculosis en Colombia no es cierta y se debe a múltiples factores entre los que pueden citarse: la disminución de la importancia por parte de personal salud hacia esa patología debido a la influencia de lo sucedido en países desarrollados, con la consecuente disminución en la búsqueda de sintomáticos respiratorios, y al desconocimiento por parte de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las competencias y responsabilidades para el control de la TBC en el PAB y en el POS.

La mejor estrategia preventiva para la TBC consiste en la búsqueda de personas con tos más de 15 días de evolución (sintomáticos respiratorios), a quienes debe realizarse una baciloscopia seriada de esputo, para llegar tempranamente al diagnóstico de los enfermos y proceder en consecuencia a suministrarle el tratamiento acortado supervisado para obtener su curación, con lo que se logra cortar la cadena de transmisión del bacilo.

Siempre hay que tener en cuenta que antes de poder hablar de una disminución de casos de tuberculosis, se debe pensar que lo que existe es una

disminución en la búsqueda de sintomáticos respiratorios con una consecuente disminución en el número de casos diagnosticados.

El hecho de que la mayoría de los casos diagnosticados en Colombia tengan baciloscopia de esputo positiva debe alertarnos, toda vez que es posible que no se esté haciendo un adecuado y suficiente ejercicio diagnóstico con los sospechosos de tuberculosis y de otro lado preocupa que hay una elevada proporción de fuentes de infección que perpetuarán la cadena de transmisión de la enfermedad.

En el Departamento del Cauca la tendencia de la tuberculosis entre 1993 y 1996 era al descenso. Al iniciar sus actividades un grupo multidisciplinario e interagencial para aplicar la estrategia del tratamiento supervisado a los casos de TBC, detectó un incremento de 9,9 por 10 000 habitantes a 45,5 por 10 000 para el año 1999 (40).

En el caso de la lepra, su gravedad como problema de salud pública, no sólo debe evaluarse por las tasas de prevalencia y de detección, sino que se debe tomar en cuenta el grado de discapacidad que esta ocasiona lo cual tiene trascendencia social y un gran impacto económico.

Cuando analizamos la tendencia de las tasas de prevalencia observamos un descenso franco que va 4,8 por 10 000 habitantes en 1987 a 0,47 en 1999. Esto se debe a la introducción de la poliquimioterapia supervisada y la actualización de los registros de casos.

Al observar la tasa de detección (prevalencia pasiva) notamos que durante los últimos tres años (1997–1999) esta se mantiene estable, con el agravante que los pacientes con discapacidad van en aumento, esto es un indicador que la detección de pacientes se está realizando tardíamente (41).

La incidencia de sífilis congénita en Colombia venía disminuyendo en los últimos 15 años con tasas que van de 0,97 por mil nacidos vivos en 1985 a 0,37 en 1997, pero en los dos últimos años, la vigilancia de la enfermedad apoyada en el Plan de Eliminación de Sífilis Congénita, favorece la búsqueda activa y permite corregir el subregistro dando como resultado un incremento en el número de casos.

Aunque las tendencias en sífilis congénita pueden estar influenciadas por efectos del reporte, la tendencia al aumento de la incidencia observada a partir de los datos del SIVIGILA, parecen reales si asumimos un comportamiento similar a otras enfermedades de transmisión sexual que están en franco aumento. En ese caso estaríamos alejándonos de la meta del Plan de Eliminación de 0,5 casos por 1 000 nacidos vivos para el año 2000, toda vez

que la incidencia fue de 0,62 y 0,77 casos por 1 000 nacidos vivos en 1998 y 1999, respectivamente.

Persistencia de la inequidad de la distribución del recurso humano en salud

Existe una gran cantidad de factores que explican esa distribución inequitativa, desde el punto de vista geográfico, muchas de las cuales han existido siempre en Colombia, pero se han acentuado severamente en los últimos años: la discordancia entre el perfil profesional y ocupacional, la insuficiencia de prácticas en el pregrado en escenarios diferentes al hospital de alta complejidad, la interferencia de esa ubicación con el cumplimiento de otros roles personales de manera satisfactoria (ser mujer, estar casado, poder acceder educación y servicios médicos y recreativos para sí mismo y la familia, etc.) el contar con una infraestructura tecnológica y con medios de transporte y red de referencia que aseguren un ejercicio técnico y ético y finalmente que la población de usuarios tenga una mínimas condiciones de calidad de vida.

En Colombia, la inequidad en la distribución es mayor en cuanto a recurso humano profesional y en el caso específico de médicos, de recurso especializado. En principio el recurso médico se concentra en las ciudades y en los últimos años la concentración se ha acentuado en las grandes ciudades como Medellín, Barranquilla, Cali y Bogotá y en las ciudades del Eje Cafetero y Tolima. Dentro de las mismas ciudades hay igualmente una distribución inequitativa, habiendo una desprotección de las zonas periféricas y más deprimidas socio económicamente existen zonas tradicionalmente desprotegidas de recurso profesional, como es el caso de la Costa Pacífica y la Región de los Llanos Orientales y algunas zonas de la Costa Atlántica y del Magdalena Medio.

En 1968 ASCOFAME encontró que había 8 000 médicos en actividad para 17 484 508 habitantes según el censo de 1964, lo cual representaba una tasa de 4,6 médicos por 10 000 habitantes o 1 médico por cada 2 200 habitantes y solamente 1 170 enfermeras (0.67 por 10 000) y 3 500 auxiliares. El 74,2 % de los médicos se hallaban ubicados en las capitales, 16,6 % en localidades de más de 20 000 habitantes y 9,2 % en localidades de menos de 20 000 habitantes (42)

Investigaciones acerca de distribución de profesionales de la salud son muy escasas y se refieren fundamentalmente a la distribución nacional de médicos generales y especialistas y al mercado laboral de odontólogos en la ciudad de Medellín. Sin embargo el análisis de su distribución de los médi-

cos puede dar una idea de lo que está ocurriendo con la totalidad de los profesionales de la salud.

Analizando la base de datos de ASCOFAME y el estudio sobre medicina especializada realizado por Roselli y colaboradores en el año pasado podemos establecer que el país cuenta aproximadamente con 43 166 médicos, lo cual indica una tasa de 10,4 médicos por 10 mil habitantes, cifra 2,4 veces mayor a la de hace 30 años. De ese total 24 717 (57,3 %) son médicos generales y de ellos el 26,4 % se encuentran en Bogotá.

La concentración de especialistas se encuentra en Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla, donde trabajan cerca del 62 %. Solamente Bogotá concentra el mayor número de ellos (41 % según ASCOFAME y 35 % según Roselli), en las cuales en promedio se halló una proporción de 1,33 médicos generales por especialista, proporción que es más o menos similar en las grandes ciudades pero que se invierte notoriamente en Medellín (0,85) y Bogotá (0,86); solamente los gineco-obstetras tienen una distribución muy equilibrada, de todos los demás existe una distribución irregular, así por ejemplo existe una alta concentración de psiquiatras y neumólogos en Bogotá. (43,44).

Con la autonomía de las autoridades locales en los últimos dos años, se han ido cerrando las plazas para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio. Las plazas se cancelan definitivamente o son reemplazadas por personal de diferentes categorías, no siempre con la requerida competencia. En la menor parte de los casos, las plazas son reemplazadas por el nombramiento de personal profesional calificado y pertinente que ya ha cumplido con su Servicio Social Obligatorio.

En lo referente a personal auxiliar, tanto para la atención de salud humana como ambiental, con la vigencia de la Ley 100 y los procesos de descentralización, ha ocurrido un gran cambio en los perfiles ocupacionales a veces con sustitución de sus funciones por personal no suficiente o pertinentemente calificado. Especialmente los promotores han visto muy desregulado su mercado laboral, pues su vinculación al trabajo ha sido transferida de los hospitales locales a los alcaldes, que a menudo no la han asumido y en muchos sitios se les impide desarrollar las labores de atención individual que cumplían.

Desintegración de la red de servicios de salud

Durante una larga experiencia los sistemas locales de salud significaron el intento político y técnico de armonizar la lógica de la epidemiología con la de la participación social, así como con las economías de escala y la organi-

zación de servicios de salud articulados, en los cuales los servicios y el personal de salud más especializado apoyaban la gestión de equipos de salud de atención primaria. Con este tipo de organización, los servicios de salud podían resolver en el nivel primario cerca del 80 % de los problemas de salud de la población de su área de responsabilidad. Asimismo, la articulación de los distintos niveles de atención y escalones de complejidad, permitía la continuidad y progresividad de la atención, que comienza en la comunidad y que concluye con la solución o resolución del problema de salud correspondiente.

Con el modelo de reforma institucional de los servicios de salud en curso, se ha observado una tendencia de los establecimientos de salud a una operación aislada, que conspira contra el trabajo conjunto en función de estrategias de ataque en red, ante los problemas de salud que tiene la comunidad. La descentralización de los sistemas locales e intermedios de salud se entendió como autonomía o autarquía de los sistemas regionales y locales y realmente no se acompañó de adecuadas transferencias de competencias ni de recursos tecnológicos y financieros. Un problema ha sido el insuficiente desarrollo del talento humano en lo relacionado con conocimientos y habilidades para la conducción y la gerencia de redes y epidemiológicos en función de la gestión científica de los sistemas locales de salud. Un gran vacío para la gerencia social de los procesos de producción social de la salud y de desarrollo de municipios y localidades saludables ha sido la falencia de capacidades para la negociación y concertación de compromisos de desempeño en salud. Los deterioros de la autoridad sanitaria nacional para ejercer las funciones esenciales de salud pública, a su vez, han hecho de la descentralización un verdadero problema para la coordinación sistémica en los sistemas de salud.

A lo anterior se ha agregado que la descentralización de los servicios de salud hacia el mercado no es coherente con la división político administrativa del país lo cual ha impedido que se armonicen las lógicas de la democracia y la participación (basadas en las leyes de organización y funcionamiento de municipios y departamentos) de la epidemiología (basadas en espacios población geográficamente definidos en un tiempo dado), de los servicios (basadas en niveles de resolución tecnológica articulados frente a estrategias de ataque únicas y en la economía de escala) con la lógica del mercado que no se acomoda necesariamente a un espacio geográfico poblacional y cuyo objetivo es el lucro y la rentabilidad económica, por lo que las EPS se dedican a fortalecer su patrimonio institucional, creando nuevas IPS, las que se instalan con el objetivo de ganar mercado (45) y no de satisfacer necesi-

dades de acceso en áreas no atendidas. Ello también ha conspirado contra la integridad de redes de atención a la salud, lo que se evidencia en el Departamento del Valle donde existe una correlación inversa entre el costo cama-hospital y el nivel de atención (para los dos primeros niveles) con $r = -0,55$, $r = -0,14$ y $r = 0,48$ para el 1º, 2º y tercer nivel, significando esto que en el primer nivel la cama-hospital es más costosa que en el tercer nivel, producto de las diferencias en el porcentaje ocupacional (46), unido a que los servicios de salud han asumido el riesgo financiero del sistema y para sobrevivir en la competencia (no suficientemente o mal regulada) se convierten en empresas más interesadas en la obtención de puntos de equilibrio financiero que en cumplir con su misión social.

Frente a ello, la respuesta de los niveles locales ha sido volver a recuperar, en las condiciones actuales, el rol rector de la salud en niveles municipales y departamentales, bajo la autoridad de los alcaldes municipales y autoridades departamentales, que permitan impulsar procesos de desarrollo locales basados en la atención primaria de salud, la complementariedad de los escasos recursos, la vigilancia dinámica activa del proceso salud-enfermedad, la referencia y contrarreferencia de pacientes, la integralidad de la atención en salud, la participación social activa y la interacción equipo de salud-comunidad.

No mejoramiento de la calidad en los servicios de las IPS

Si bien no existen estudios que permitan determinar si han habido cambios, es de prever que esto no se habría producido en forma positiva, pues las IPS no pueden invertir ni en bibliotecas, capacitación, ni investigación, limitándose en esta forma el desarrollo capacitación de sus recursos humanos (45). De otro lado no se dispone de información actualizada y organizada acerca de las atenciones y los servicios de salud prestados a los afiliados, no pudiéndose evaluar el impacto que pueda estar ejerciendo la reforma en los servicios de salud de la población (47).

No priorización por las EPS, ARS y alcaldías en la promoción y prevención

El gasto en promoción y prevención para 1997 se estimó por parte del Plan de Atención Básica-PAB, en \$ 93 534 859 774 y para el Plan Obligatorio de Salud-POS, en 403 727 930 553 más los aportes del impuesto de las Municiones y Explosivos, a través del Programa de Prevención de la Violencia y Promoción de la Convivencia Pacífica, 1 211 millones, lo que sumado da 508 473 790 327 pesos, a esto habría que sumarle el presupuesto de inversión del Instituto Nacional de Salud estimado en 5 613 millones para 1999 y

el presupuesto del INVIMA en \$ 2 547 150 000 pesos para 1999. Esto daría como resultado que aproximadamente el 5 % de todo el gasto en salud se destina a la promoción y a la prevención (48). En un estudio denominado "Análisis de la Ejecución de las Actividades de Promoción y Prevención en las Entidades Promotoras de Salud" durante 1997 se evaluaron 31 EPS. En esta evaluación se obtuvo que en los once programas obligatorios existentes, cinco de ellos consumen el 86,3 % de los recursos, siendo el programa de salud oral el primero del gasto con 30,2 %, el segundo prevención de enfermedades relacionadas con el embarazo, parto y puerperio con un gasto del 18,5 %, el PAI ocupa el 7º lugar en la inversión con un 2 % y el menor gasto reportado corresponde al Programa de Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual-ETS e infección por VIH-SIDA, y la prevención del tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia representan un gasto muy bajo, habiendo un mayor gasto en actividades obligatorias en 1997 comparado con 1996, cuando se pasó de un 41,8 % a un 74,8 % y las actividades optativas tuvieron una reducción al pasar de un 44,6 % en 1996 a un 25,1 % en 1997. En las actividades optativas se encuentran las áreas de educación, publicaciones, vacunas no PAI, otros tamizajes y otros grupos de riesgo. También ha disminuido el informe de gasto de actividades no pertinentes, al pasar de un 12,8 % del total en 1996 a sólo un 0,12 % en 1997. Las no pertinentes son de mercadeo, administrativas, áreas del POS referidas a consultas de IRA y EDA y otras (49). Una evidencia de que las EPS no privilegian la prevención de la enfermedad la tenemos en el hecho que durante 1999 y el 2000 se han presentado dos brotes de Tos Ferina, uno en la Sierra Nevada de Santa Marta con 7 defunciones de niños, todos los cuales estaban afiliados y el otro en Antioquia con dos casos de niños también afiliados y 3 casos de Tétanos Neonatal en Sucre, Tolima y la Guajira en niños igualmente afiliados (50). Por otro lado, no obstante que la Resolución 04268 que define el Plan de Atención Básica del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, menciona que para facilitar el desarrollo de acciones de promoción de la salud en el ámbito distrital o municipal estos podrán implementar la estrategia de municipios saludables como una propuesta de acción local para movilizar, convocar recursos y comprometer esfuerzos intersectoriales y comunitarios en la perspectiva de un trabajo integral por el bienestar y el desarrollo social de su población, esta no es una actividad obligatoria, la voluntad o no de asignarle recursos para su ejecución queda muy restringida, pues actualmente ya no se pueden financiar estrategias de atención comunitaria como casa hogar, boticas comunitarias, escuela de padres, grupos de mujeres productivas, agentes comunitarios y educativos, comunicación para la movilización social, escuela de liderazgo, construcción de ciudadanía, la red del buen trato para la disminución de la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil y otros más, a las cuales el Hospital financiaba y asesoraba. Así

mismo, la estrategia de promoción y prevención unida a la de Municipios Saludables por la Paz que la OPS ha acompañado desde 1994 y que ha sido motivo de orgullo, de satisfacción y bienestar para Versalles, motivo de reflexión y aprendizaje para muchas otras comunidades del país y otros países latinoamericanos, estarían condenadas a desaparecer (51), no obstante se estudia la aplicación de proyectos de promoción con recursos del PAB, a través de los RIA, evidenciándose la expectativa de evitar daños de salud con la intervención.

Desviación de recursos en favor de intermediarios financieros

La carencia de buenos Sistemas de Información tanto a nivel de vigilancia de las oportunidades de vida, como de la vigilancia de la morbi-mortalidad y la falta de una buena caracterización de la población inscrita en las EPS y ARS, no permiten hacer una correcta vigilancia y control de la forma como los recursos de salud se están invirtiendo en el país, considerándose como problema principal el alto costo de la administración de las EPS, ARS y ARP y el complejo flujo entre el momento en que los dineros son girados por el Ministerio y el FOSYGA y el momento en que llegan a las IPS. Todo apunta a que es el mecanismo de intermediación el mayor culpable, no sólo del consumo, sino también de la traba y la desviación en el flujo y aplicación de los recursos (52).

REFERENCIAS

1. Nakajima H. Calls for new health “paradigm”, Press Release, WHO/4; 1991. p. 3.
2. Mahhub UH. Diario de Caracas; 11 de abril, 1994.
3. Castellanos PL. Perfiles de Mortalidad, Nivel de Desarrollo e Inequidades Sociales en Región de las Américas. VI Congreso Latinoamericano de Medicina Social y VIII Congreso Mundial de Medicina Social, Guadalajara; Marzo, 1994.
4. Alleyne G. Liderazgo en Salud Panamericana. Mensaje a todos los interesados en la Salud de Américas. En: Informe Quadrienal del Director, 1994 – 1997, Organización Panamericana de la Salud; 1998.
5. De Kadat E, Tasca R. Promover la Equidad, un nuevo enfoque desde el Sector Salud, OPS/OMS. Programa de Políticas de Salud, División de Salud y Desarrollo, Washington, D.C.;1993.
6. DANE, OPS. La Mortalidad en Colombia según Condiciones de Vida, Estudios Censales Nr. 16, Santafé de Bogotá, Colombia; 2000.
7. Guerrero R. (1998) La Violencia como problema de Salud Pública en la Región de las Américas. El caso Colombia. En: memorias “Prevención de la Violencia: una oportunidad para los medios, OPS/OMS, Fundación Antonio Restrepo Barco, Fundación FES, Inst. for Mental Health Initiatives, Asociación Colombiana de Actores, Directores y Dramaturgos; 1998.
8. Londoño JL, Grisales H, Fernández S, Agudelo B, Sánchez J. (1999) Años potenciales de vida perdidos por la población de Medellín 1994-1996. Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”. Medellín; 1999.

9. Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, Stern C, Lozano R, Sepúlveda J, José M. La Transición Epidemiológica en América Latina. *Bol. Of. Sanit. Panam.*;1991. 111(6): p.485–496.
10. UCV, OPS, MSAS. Perfiles de Mortalidad según Condiciones de Vida: Experiencia en Venezuela, *Boletín Epidemiológico OPS*; 1993.14 (3): 11 - 14
11. Perfetti, M. (2000) Política y Desarrollo Social que nos enseña la década del 90. Consejería Presidencial para la Política Social, Bogotá, Documento mecanografiado; 2000.
12. Whitehead M. (1990) The concepts and principles of Equity and Health. EURO/WHO, Copenhagen; 1990.
13. Patiño RI, Guimaraes L. (2000) Descentralización y Autogestión Comunitaria. En: Restrepo H, Málaga H. Promoción de la Salud: Como Construir Vida Saludable. Bogotá: Ed. Médica Panamericana; 2000 (En prensa).
14. Vivas J, Tarazona E, Caballero C, Marrero N. (1988) El Sistema Nacional de Salud. FEDESARROLLO, OPS Colombia, 1988.
15. Encuesta de Calidad de vida. Módulo F Salud, (1997). En Giraldo JC. 2000, Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud percibida por los usuarios. Defensoría del Pueblo. Bogotá;1997.
16. Arango JI. La Seguridad Social en Salud, 1996-1997. Una mirada financiera. OPS. Doc. Mecanografiado;1998.
17. Ministerio de Salud. Informe de actividades 1999–2000 al Honorable Congreso de la República. MINSALUD; 2000.
18. Superintendencia Nacional de Salud. (2000) Registro de Afiliados al Régimen Contributivo de Salud. Doc. Mecanografiado;2000.
19. Vargas JE, Sarmiento A. Descentralización de los Servicios de Educación y Salud en Colombia, 1997. Doc. Mecanografiado;1997.
20. Alvarado E. Reflexiones sobre Cooperación Técnica de OPS, Doc. Mecanografiado; 1997.
21. Esguerra, R. Reforma en Salud una respuesta a la equidad? X. Jornadas de Epidemiología, Cali, Colombia ;11-13 Octubre, 2000.
22. Ministerio de Salud.. Decreto 677. Rep. de Colombia;1995.
23. Ministerio de Salud. Medicamentos a los que Usted tiene derecho en el Sistema General de Seguridad Social;1998.
24. WHO–Karolinska – Harvard. Comparative Analysis of the National Drug Police, Bogotá, Colombia;1997.
25. DANE. Encuesta 94 – 95, actualizada a 1998;2000.
26. Mejía S, Velez A, Buriticá O, Arango M, Del Rio J. Evaluación de la política en términos de Accesibilidad y Uso Racional en Colombia, Manizales; 1999.
27. Giraldo JC. Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud percibida por los usuarios. Defensoría del Pueblo, Bogotá, Colombia.1999;2000.
28. DANE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida-1997. En: Cardona A, Nieto E, Arbeláez M, Agudelo H, Chávez B., Montoya, A., Estrada, A, (1999) Impacto de la Reforma de la Seguridad Social sobre la Organización Institucional y la Prestación de los Servicios de Salud en Colombia. Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia Medellín:L. Vieco e Hijas, Ltda.;1999.
29. Gaviria, M, López, O, (1997) Visto Bueno a las EPS. *El Mundo al Vuelo* 217: 36 – 46.
30. Málaga H. Perspectivas de la Epidemiología en la Reforma de la Seguridad Social. *Revista de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia*; 1999. 1 (2): 128–136.
31. Ministerio de Salud (1999) Plan Nacional de Desarrollo para los Años de 1999 – 2002. Documento Mecanografiado; 1999.
32. Superintendencia Nacional de Salud, Oficina Sanitaria Panamericana (1999). Indicadores de Cobertura, 1998, Régimen Subsidiado, Serie Estadística Nr.1 , Bogotá, Colombia; 1999.
33. Superintendencia Nacional de Salud, Oficina Sanitaria Panamericana. Indicadores de Cobertura 1999, Régimen Subsidiado, Serie Estadística No. 2, Bogotá, Colombia; 2000.
34. Tabimba D. La Afiliación de la población pobre de Pereira al Sistema General de Seguridad Social en Salud: Una muestra de inequidad. *Revista Epidemiológica de Pereira*; 2000. 3(1): 33 – 36.

35. OPS. Informe de Evaluación del Programa de Control de Malaria en Colombia, OPS.HCP.HCT; 1998.
36. Herrera N, Mercado V, Ghisais G. Influencia del Proceso de Descentralización en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, documento mecanografiado; 1997.
37. Muñoz S, Pastor D. Cobertura de Vacunación, Boletín Especial del PAI, OPS, Minsalud, INS; 2000. p.7.
38. Romero J. Informe de Viaje, Depto de Nariño, OPS-Colombia; 2000.
39. Minsalud. Informes Ejecutivos Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Años 1998 - 1999, Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención; 1998,199.
40. Tenorio EA. Enseñanza del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en las Facultades de Ciencias de la Salud. Univ. del Cauca, Popayán;2000.
41. Luque R. Presentación sobre la situación de Patologías Infecciosas presentada en el XV Congreso Internacional de Medicina Tropical y Malaria, Cartagena de Indias, Colombia;2000.
42. Patiño JF. Prólogo. En: Roselli D, Otero A, Heller D, Calderón M, Moreno I, Pérez A, La Medicina Especializada en Colombia, una aproximación diagnóstica. Bogotá: Centro Editorial Javeriano;2000.
43. ASCOFAME. Recurso Humano en Medicina. Bogotá;2000.
44. Roselli, D, Otero, A, Heller D, Calderón C, Moreno I, Pérez A. La Medicina Especializada en Colombia. Bogotá: Centro Editorial Javeriano;2000.
45. Patiño JF. La Ley 100, 6 años después. Conferencia Asociación Médica Los Andes; 2000.
46. Carrasquilla G. Reforma en Salud: ¿Una respuesta a la Equidad? X. Jornadas de Epidemiología, Cali, Colombia; Octubre, 2000. p.11.
47. Cardona A, Nieto E, Arbelaez M, Agudelo H, Chavez B, Montoya A, Estrada A. Impacto de la Reforma de la Seguridad Social sobre la Organización Institucional y la prestación de los Servicios de Salud en Colombia. Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín: L. Vieco e Hijas Ltda.; 1999.
48. Ministerio de Salud. Dirección de Promoción de la Salud, Informes Varios;1998.
49. Ministerio de Salud. Análisis de la Ejecución de las Actividades de Promoción y Prevención en las Entidades Promotoras de Salud, vigencia 1997, documento mecanografiado;1998
50. Ministerio de Salud Dirección de Salud Pública, Programa Ampliado de Inmunizaciones;2000.
51. Valencia H. Hospital San Nicolas, Versailles, Carta a la Representación de la OPS; 2000.
52. Patiño JF. Planteamientos del Presidente de la Academia Nacional de Medicina ante el Grupo de Trabajo in Ley 100 de 1993, Reforma y Crisis de Salud. Academia Nacional de Medicina de Colombia, Bogotá;1999.