
**PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD DE
COLOMBIA**

(1ra edición, Junio 1999)
(2da. edición, Mayo del 2002)*

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

Colombia es una república unitaria descentralizada, con un gobierno democrático. Su extensión territorial es de 1,138. 910 Kms² y su población es 43.070.703 habitantes en el año 2001. En los años 90 se produjo una radical apertura económica en casi todos los sectores de la economía. El Producto Interno Bruto experimentó un crecimiento estable desde 1991 hasta 1994 y la inflación disminuyó. El proceso de crecimiento se detuvo y profundizó una tendencia recesiva a partir de 1997, que se acentuó en los años 1998 y 1999. En 1999, el PIB decreció un - 4.2 y en el 2000 creció un 2.8. La inflación descendió, siendo de 8.7% en 2000, y de 8.0% (proyectada en 2001).

La situación de salud se encuentra en una transición caracterizada por el mejoramiento progresivo, desigual e inequitativo y la concurrencia de enfermedades transmisibles, crónicas y degenerativas, la cual afecta con mayor severidad a la población más pobre, con diferencias evidentes de género. El trauma y los homicidios han tomado una inusitada preponderancia en el marco epidemiológico general. La tasa cruda de mortalidad general para el año 2000 fue de 5.90. En el 2000, la mayor proporción de muertes fue por causas relacionadas con el aparato circulatorio, seguida de las causas externas, tumores, enfermedades transmisibles y afecciones originadas en el período prenatal.

La Ley 10 de Municipalización de la Salud de 1990 inició un proceso de transformación tendente a fortalecer el sector salud desde sus entes territoriales. El proceso se ha desarrollado lentamente. En el año 2000, 25 departamentos y distritos 524 municipios estaban certificados. La reforma se complementó con las Leyes 60 (que descentralizó las competencias y recursos de salud y educación) y 100 de 1993 (Sistema General de Seguridad Social) que plantean la ampliación de las coberturas de salud pública y de atención personal a través del sistema de aseguramiento. En el aseguramiento, son las Empresas Promotoras de Salud y las Administradoras del Régimen Subsidiado las que administran el aseguramiento en sus modalidades contributiva y subsidiada, respectivamente. No se logró la meta de cobertura universal y la población de bajos recursos no afiliada al sistema es atendida a través de la red pública hospitalaria. La población en el régimen contributivo cotiza un 12% de sus ingresos y recibe el Plan Obligatorio de Salud; los subsidiados se afilian a través de una cotización que el Estado paga el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Se esperaba que en el año 2001 ambos paquetes fueran idénticos, pero el desempleo y bajo crecimiento económico impidieron la cobertura universal y la equiparación de los planes como lo contemplaba la Ley 100.

La concepción inicial se basaba en la libre elección de aseguradora y proveedor, lo cual se ha visto constreñido por las limitaciones para la extensión de coberturas del sistema y las dificultades de encontrar competencia de aseguradores y proveedores, en gran parte de los municipios menos desarrollados.

Con la reforma se creó una estructura funcional del sistema constituida por: el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que ejerce la rectoría del sistema; el Ministerio de Salud que dicta las políticas (en

el ámbito territorial la ejercen los Servicios Seccionales de Salud y las Direcciones de Salud de los Municipios). Las finanzas del sistema se manejan a través del Fondo de Solidaridad y Garantía. La Superintendencia Nacional de Salud ejerce la inspección, la vigilancia y el control del sistema.

En el año 2000 se contaban 13.245.465 beneficiarios en el régimen contributivo y 9.510.566 en el subsidiado (59.79% de población pobre por NBI) lo que representa el 53.76% de la población de Colombia.

La reforma también planteó la transformación de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado así como la definición de mecanismos institucionales, legales, administrativos y operativos (Defensoría del Pueblo, Superintendencia Nacional de Salud, veedurías comunitarias, acción de tutela, etc.), tendientes a fortalecer la participación de los usuarios de los servicios en la gestión del sector.

1. CONTEXTO

1.1 Contexto Político: Colombia es una república unitaria gobernada constitucionalmente por tres poderes. El poder Ejecutivo representado por el Presidente elegido para cuatro años y que es asistido por dieciséis ministros que puede nombrar y remover libremente. En los Departamentos el poder ejecutivo lo ejerce el Gobernador y en los municipios, el Alcalde; ambos elegidos por elección popular por un período de tres años. El poder Legislativo está compuesto por un Congreso bicameral formado por el Senado y la Cámara de Representantes. Tanto los senadores como los representantes son elegidos por voto popular para un período de cuatro años. El poder Legislativo en los Departamentos está representado por la Asamblea de Diputados y en los Municipios por el Consejo Municipal. Los diputados y concejales son también nombrados por elección popular cada 3 años. El poder Judicial está representado a nivel nacional por la Corte Suprema de Justicia que se divide en cuatro salas: Penal, Civil, Laboral y Constitucional. Además de los tres poderes descritos, en Colombia existe una rama del ministerio público encargada de dirimir los conflictos entre el Estado y los particulares, o entre las diferentes entidades del Estado. El ministerio público está representado en el nivel nacional por el procurador nacional; en el nivel departamental, por los procuradores delegados y en los municipios por el personero municipal. Según la Constitución de 1991, Colombia está dividida en 32 Departamentos, 1.076 Municipios, 2.029 Corregimientos y 4.040 inspecciones de policía. La capital del país no forma parte de ningún departamento y tiene carácter de Distrito Capital.

La planificación y gestión del desarrollo está a cargo del Departamento Nacional de Planeación, el cuál ejecuta sus funciones de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo, el que es complementado a nivel territorial mediante planes departamentales y municipales de desarrollo.

En el contexto del conflicto armado que desde hace décadas vive el país, el desplazamiento forzado es una expresión de la crisis humanitaria, del limitado acceso a servicios básicos como alojamiento, agua potable, salud y programas de apoyo o reinserción social, así como de la fragilidad de los derechos fundamentales y de las instancias judiciales para hacerlos valer. La población desplazada vive en condiciones de fragilidad con respuestas de poco impacto frente al problema. Por tanto, las disparidades entre las zonas rural y urbana en educación, servicios básicos y empleo; las desigualdades de género y la violencia, tanto política como social (con secuelas de traumatismos y homicidios) se citan entre los principales problemas que influyen el desempeño de los servicios de salud. PROFAMILIA, 2001 plantea que las mujeres desplazadas se embarazan el doble (8%) de la tasa nacional (4.7%), siendo el 55% embarazos no deseados. Es significativa la tasa de embarazo entre adolescentes desplazadas.

1.2 Contexto económico: El PIB mostró un comportamiento satisfactorio en los años 80 y un crecimiento estable de 1991 a 1994. A partir de 1994 la inflación disminuyó lentamente y lo hizo significativamente a partir de 1999.¹ En 1999 el PIB decreció un 4.2% en términos reales y en el 2000 creció un 2.8%. Para el año

2001 se espera un crecimiento de 4.0%. La tasa de inflación, medida por el índice de precio al consumidor (IPC), fue de 9.2% en 1999; de 8.7% en el 2000, y se proyecta en 8.0% para el 2001.

Algunos Indicadores Económicos

INDICADOR	1995	1996	1997	1998	1999	2000
PIB per cápita precios constantes en USD	ND	ND	ND	2,420.1	2,038.4	1,920.1
Población Económicamente Activa, en miles	16.456	16.292	16.830	17.549	18.290	19.571
Gasto Salud Público / PIB	4.3	5.2	5.3	5.1	5.5	ND
Gasto Salud Privado / PIB	3.2	3.6	3.9	4.2	4.5	ND
Gasto Salud Total / PIB	7.4	8.8	9.3	9.3	8.6	ND
Gasto público social como porcentaje del PIB	12.40	13.90	13.19	13.19	14.05	12.18
Tasa de Inflación Anual %	19.46	21.63	17.68	16.70	9.23	8.75

Fuente: Departamento Nacional de Planeación DNP. Indicadores de coyuntura económica. 2000. DANE 2000

Colombia incrementó sus exportaciones a los países industrializados, a América Latina y al resto del mundo entre 1985 y 1995. A partir de 1990 se inició un proceso acelerado de apertura, con disminución sensible en todos los niveles arancelarios, lo que se ha traducido en un déficit comercial pronunciado. Los productos de exportación más atractivos incluyen café, petróleo crudo, carbón, esmeraldas, banano, flores, textiles y confecciones, productos químicos, y artículos de cuero.

Los flujos de inversión extranjera directa hacia el país se incrementaron gradualmente de 1985 a 1995, cuando alcanzaron US\$ 7.342 millones. Esta cifra excluye la inversión extranjera en el sector minero - petrolero. En 1998 el total de la inversión extranjera en Colombia fue de 4.749.77 millones de US\$. La deuda externa total de Colombia sumó US\$ 17,000 millones en 1992 y US\$ 29,000 en 1994 (34,5% y 30,7% del PIB, respectivamente)². En 1999 se incrementó a \$33,853 millones de US\$ y en el 2000 a \$33,264 millones.

1.3 Contexto Demográfico y Epidemiológico

Colombia experimenta los cambios demográficos y epidemiológicos propios de las sociedades en transición tales como envejecimiento de la población, descenso de las tasas de fecundidad y rápida urbanización. La esperanza de vida al nacer aumentó a 71,2 años en el 2000, la fecundidad pasó de 7 hijos por mujer en 1950-1955 a 2,7 hijos por mujer en 1995-2000. El 71% de la población es urbana con la consecuente saturación en el acceso a los servicios básicos de las ciudades. La esperanza de vida al nacer se mantiene casi idéntica en los últimos tres años: 68,2 años para los hombres y 74,8 las mujeres en el 2000.

El crecimiento de la población se mantuvo entre el 1,6 y el 1,8 % anual en los últimos tres años. La razón de dependencia por 100 habitantes se ha mantenido entre 62,8 y 59,8 en ese periodo. Un serio problema es el desplazamiento forzado del medio rural al urbano a causa de los conflictos bélicos. En los últimos tres años unas 580.000 personas fueron desplazadas por la violencia. Los campesinos son los más afectados; el 82% de los desplazados proviene de zonas rurales y del total de la población rural desplazada, el 46% de los hogares tenían alguna posesión de tierra y el 18% eran jornaleros o trabajadores independientes.

INDICADORES	AÑOS		
	1998	1999	2000
Tasa bruta de natalidad	23,2	23,6	23,4
Tasa global de fecundidad	2,7	2,7	2,7
Tasa bruta de mortalidad	5,6	5,7	5,6
Tasa de mortalidad materna	87	78,2	81,1
Crecimiento demográfico anual	1,6	1,8	1,8
Esperanza de vida al nacer	71,0	71,0	71,2
Tasa de mortalidad infantil	24,0	28,0	11,2

Fuente: Situación de Salud en Las Américas. Indicadores básicos 2000, 1999, 1998.

Tal como se observa en el cuadro anterior, la tasa bruta de mortalidad en 1998-2000 no ha sufrido cambios significativos. Un problema importante es el subregistro de la mortalidad. Las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar en Colombia. El segundo lugar lo ocupan las muertes por causa externa con tasas que van desde 131,6 en el 1998 a 131,5 en el 2000, con una tendencia al incremento (era de 107,7 por 1000 habitantes en 1995). La tendencia en el último cuarto del siglo pasado fue al aumento, con un promedio anual aproximado a los 25.000 homicidios en la última década, sumando en los 20 años finales del milenio una cifra cercana a los 500 mil muertos. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, plantea cifras de 36.947 muertes violentas en el año de 1999. De las muertes violentas, el 62%, fueron homicidios, 20% accidentes de tránsito y casi el 6% suicidios. Los más afectados fueron los hombres de 25 a 34 años, seguidos por los jóvenes de 18 a 24 años. El número de asesinatos y el riesgo de morir asesinado se ha elevado, expresión del deterioro en la situación general de violencia. Las muertes por neoplasias ocupan el tercer lugar. Y el cuarto las enfermedades transmisibles, ambas con una tendencia bastante estable. El grupo de signos, síntomas y afecciones mal definidas es el que mayores variaciones ha presentado, descendiendo de una tasa de 27,4 por 100.000 habitantes en 1995 a 13,1 para 1998.

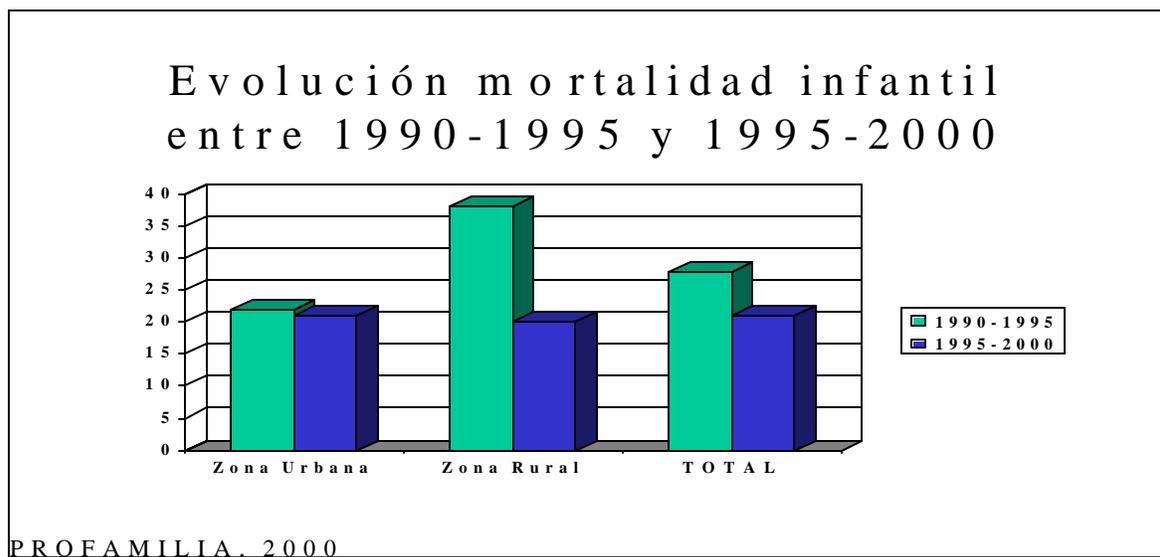
Las afecciones del período perinatal, cuyas tasas se han calculado teniendo en cuenta los nacimientos proyectados para cada uno de los años, muestran un comportamiento disímil pasando de 4,8 por 1000 nacidos vivos en 1995 a 2,4 en 1996, y aumentando a 5,5 y 7,5 por 1.000 en 1997 y 1998 respectivamente.

La tuberculosis es un problema de salud pública en el país. Su recrudecimiento se relaciona con el incremento de la pobreza y de poblaciones marginales, el aumento de migraciones, la debilidad de los programas de control, las dificultades en acceso a servicios y la escasa educación. En Colombia, se hubo un descenso permanente de 1970 (58,6 casos por 100.000 habitantes) a 1999 (26,5). En los últimos 3 años, la tuberculosis aumentó, muy probablemente debido a mejoras en el Programa Nacional que se tradujeron en incremento en la búsqueda de sospechosos y en la detección de casos positivos. En 1999 la

información sobre zonas del país que abarcan el 31% de la población, mostró un porcentaje de curación del 66,2% y un porcentaje de tratamientos exitosos del 78%.

Es política nacional eliminar la lepra como problema de salud pública. La prevalencia activa en el año 2000 es de 0,5 x 10.000 habitantes (2.124 casos). Aunque este indicador se encuentra dentro del parámetro mundial de eliminación en el año 2000, los departamentos de Cesar, Santander, Huila y Norte de Santander presentaron prevalencias superiores a 1 caso por cada 10.000 habitantes. Si bien se ha alcanzado una reducción en el número de casos, el porcentaje de casos nuevos con discapacidad por diagnósticos tardíos ha ido aumentando.

La tasa de mortalidad infantil para el quinquenio 1995-2000 es de 21 por mil nacidos vivos³, siendo la mortalidad neonatal de 15 por mil y la mortalidad en los primeros cinco años de vida de 25 por mil. La mortalidad infantil más baja se registra en Bogotá (17 por mil), seguida por la región Central (20 por mil), mientras que en la costa es de 29 por mil. El Ministerio de Salud realizó un estudio con el CIDER de la Universidad de los Andes, para ajustar la tasa de mortalidad infantil por subregistro, encontrando que el dato ajustado debería ser del orden de 35 por mil nacidos vivos. La mortalidad infantil de 21 es incongruente con los niveles de mortalidad materna que registra Colombia⁴



La prevalencia de desnutrición crónica o retardo en el crecimiento fue de 13,5% entre menores de 5 años y la prevalencia de enfermedades en este grupo estuvo en 13,9% para diarrea y 12,6% para IRA. Ocurren en menores de cinco años 30 defunciones diarias, representando las IRAs el 14%. La neumonía es la primera causa de hospitalización y muerte; la primera causa de egreso hospitalario en menores de un año y en niños de 1-4 años con un 20,1% y 24,0%, respectivamente. Siguen otras causas de morbilidad perinatal, enteritis y

otras enfermedades diarreicas en el grupo de menores de un año y de enteritis y bronquitis en el grupo de 1-4 años. La morbilidad por IRAs ha pasado de 193,3 x 1.000 hb en 1990 a 258,7 x 1.000 hb en 1996.

La mortalidad por EDA en menores de 5 años en 1990 era de 45,4 x 100.000 y la meta era alcanzar en el 2000 una tasa de 22,7. Entre 1993 y 1997 las tasas de mortalidad se mantuvieron por debajo de lo esperado. Sin embargo, desde 1997 la mortalidad se ha incrementado siendo en 1998 superior a la meta propuesta. Aún no se tienen datos de la mortalidad de 1999 y 2000. La morbilidad por EDA en menores de 5 años en 1990 era de 113,5 x 1.000 y la meta era alcanzar en el 2000 una tasa de 85,1. Las tasas observadas entre 1991 y 1996 han estado dentro de lo esperado. Desde 1997 no se tiene información sobre morbilidad por EDA.

Las Infecciones Respiratorias Agudas son un importante problema de salud pública y ocupan los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en la población menor de cinco años. Las tasas de mortalidad por neumonía han disminuido en los últimos años, de 51,0 a 30,8 por 100.000 habitantes entre 1988 y 1996; sin embargo, en fue de 34,1 en 1998. La morbilidad por IRA ha aumentado de 174,0 a 214,0 x 1.000 habitantes entre 1.991 y 1.996. La mortalidad en menores de cinco años por IRA mide el cumplimiento de las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Se partió de una tasa de mortalidad de 46,3 x 100.000 en 1990 y se esperaba alcanzar 32,4 para el año 2000. Sin embargo en los últimos años consolidados (1997 y 1998) se ha incrementado de nuevo la mortalidad por IRA.

Enfermedades Emergentes y Reemergentes. En 1999 fueron confirmados 13 casos de cólera y ninguna defunción. Comparado con 1988 se trata de una reducción considerable ya que en ese año se reportaron 445 casos para una incidencia de 1,04 por cada 100.000 hb x 7 defunciones con una letalidad de 0,01. Las ETV, malaria y dengue, constituyen en el país graves problemas de salud pública. Se estima que 85% de la población rural que habita en áreas situadas por debajo de los 1,800 mts (entre 15 y 18 millones de personas) pueden adquirir malaria, leishmaniasis y fiebre amarilla. El 65% de la población urbana tiene alta probabilidad de infección por dengue/FHD y se ha estimado que aproximadamente 8.000.000 de personas habitan en zonas de transmisión de la enfermedad de Chagas. En la última década el país reporta un promedio anual de 200.000 casos de malaria, aunque por cada caso registrado existen dos sin notificar. La malaria fue epidémica en 1998, con 240.000 casos confirmados, siendo el pico más alto en toda la historia del país. En el año 2000 se registraron 141,047 casos confirmados de malaria, para un aumento del 61% respecto al 1999. Este comportamiento es endémico desde la década de los noventa.

El promedio anual de casos de dengue es 30.000. Sin embargo, en 1998 se notificaron 57.985 casos con 5.171 de dengue hemorrágico. La enfermedad muestra un patrón endemo-epidémico, dada la circulación simultánea de diferentes serotipos y los altos índices de infestación por *Aedes aegypti*.

La leishmaniasis con un promedio anual de 6.000 casos es un problema de grandes proporciones y costo. Se notificaron 51 casos de sarampión en 1997; en 1998, 60 casos, y en 1999 se confirmaron 41. Un alto porcentaje de municipios tiene cobertura de vacunación con triple viral inferior al 95%.

La rubéola presentó un comportamiento endemo-epidémico con tasas que oscilaron entre 18,4 y 36,7 por 100.000 habitantes, con dos grandes picos de la enfermedad en los años 1989 y 1994. En 1996, se notificaron 6.302 casos, con una tasa global de 17,1 por 100.000. Desde 1997 la incidencia de rubéola ha disminuido por efectos de la vacunación con triple viral. Durante los años 1997, 1998 y 1999 se detectaron 1901, 1906 y 974 casos para una tasa de 4,7, 4,7 y 2,3 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. En el 2000 se identificaron brotes de rubéola en Bogotá, Norte de Santander y Nariño. La tasa de difteria ha ido disminuyendo con la vacuna DPT.

En Colombia se notifican la infección por VIH y el caso de SIDA, lo cual es una fortaleza para el seguimiento de la epidemia. Desde 1983 hasta abril de 1999 se reportaron 21.048 casos de infección por VIH/SIDA. De éstas, 11.381 corresponden a personas asintomáticas y 5.782 a personas con SIDA, para un total acumulado de 17.163 personas, de los cuales el 85% son hombres. En el mismo período se registraron 3.441 muertes por SIDA, el 90% hombres.

La encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes estudiantes entre los 10 y los 24 años se realizó en el año 2001⁵ en 27 capitales y tres municipios del país. El alcohol es la sustancia psicoactiva de mayor consumo entre los jóvenes. Tunja, y Bogotá son las ciudades del país donde se encuentra la mayor proporción de jóvenes consumidores y el mayor consumo se da entre los estudiantes universitarios y en los hombres. Los casos nuevos son más frecuentes entre las mujeres y los estudiantes de secundaria. El alto porcentaje de prevalencias de consumo corresponde a consumidores antiguos y pocos han iniciado el consumo de alcohol recientemente.

El consumo de cigarrillo es mayor en ciudades del interior entre los jóvenes universitarios y la mayoría de casos nuevos se da entre los estudiantes de secundaria. La mayoría de consumidores son hombres. La edad más frecuente de inicio de consumo de alcohol y cigarrillo está entre los 10 y los 14 años, con un promedio de 13,7 años para el inicio del consumo de cigarrillo, y de 12,9 para el inicio del consumo de alcohol. La mayoría de jóvenes inicia el consumo de cigarrillo entre los 15 y los 19 años.

La marihuana y la cocaína son las sustancias ilícitas de mayor consumo entre los jóvenes. Medellín y las ciudades del eje cafetero (Manizales, Armenia y Pereira) presentan el mayor consumo y el mayor número de jóvenes que las consumieron por primera vez en el último año. Cali es una de las ciudades con mayor consumo de cocaína en jóvenes. El consumo de marihuana y de cocaína es mayor en estudiantes universitarios masculinos, excepto en Arauca con mayor consumo entre las mujeres. En general, el consumo de basuco y de inhalables es más frecuente en los estudiantes de secundaria que en los

universitarios. Colombia es el primer productor mundial de cocaína y heroína. El área sembrada de coca asciende a 103,000 hectáreas y de amapola a 9,000 hectáreas.

1.4 Contexto Social: En el año 2001 la población estimada ascendió a 43.070.703 habitantes⁶, con un crecimiento del 1.77% anual y una densidad demográfica de 37.8 hab/Km². El 49.5% son hombres y 50,5% mujeres, el 71% está ubicado en zonas urbanas y el 29% en las zonas rurales del país.

Entre 1993 y 2001 hubo un comportamiento errático de la pobreza: entre 1993 y 1997 hubo un mejoramiento y a partir de 1997 un deterioro. De acuerdo con la Encuesta de Calidad de Vida de 1997, el porcentaje de población bajo la línea de pobreza según NBI, se redujo de 32.7% en 1993 a 27% en 1997. En 1998, el 51.47% de la población estaba bajo la línea de pobreza y en el año 1999 se situó en 55%. La equidad en la distribución del ingreso de acuerdo al índice de GINI disminuyó de 0.58 en 1993 a 0.53 en 1996; en 1998 y 1999 se incrementa a 0.55 reflejando una mayor inequidad. El Índice de Desarrollo Humano de Colombia es de 0,85 y el Índice de Desarrollo Relativo al Género es 0,75, según las últimas cifras oficiales del DNP publicadas.

En el 2000 el empleo informal representó el 54,9% del empleo total (el 54.6% eran hombres y 45.4% mujeres).⁷ Predomina la economía informal de subsistencia. La producción de bienes y servicios del sector informal está destinada al consumo interno. Tres cuartas partes de la actividad informal se concentra en los sectores comerciales y de servicios.⁸ El empleo temporal ha venido aumentando en los últimos años.

El Gobierno ha tratado de aumentar el gasto público social elevándolo de 9,07 (1990) a 15,14 (1995) y a 16.2 en 1999, pero se evidencian desigualdades entre las áreas urbanas y rurales en educación, servicios básicos y empleo.⁹ Colombia es un país pluricultural y multiétnico pues en su territorio subsisten 81 grupos indígenas diferentes además de tres grupos afroamericanos. Las últimas cifras oficiales indican que la población indígena de Colombia es de 574,482 habitantes¹⁰. La población negra es de un total de 502,343 habitantes¹¹. La tabla siguiente muestra las tasas de analfabetismo entre 1993-1999. Son bajas en cabeceras municipales, en comparación con otros países, pero altas en zonas rurales.

Tasa de analfabetismo para población 15 y más años por sexo y zona, 1993-1999.					
	1993	1996	1997	1998	1999
TOTAL	9.90	8.70	8.40	8.66	8.30
CABECERA	5.73	4.90	4.60	4.80	4.80
RESTO	20.33	19.40	19.40	19.70	18.20
HOMBRES	9.86	8.80	8.60	8.83	8.10
MUJERES	9.82	8.60	8.30	8.52	8.50

Fuente: Misión Social, con base en censo 93. DIOGS con base en Dane EH nacionales.

La escolarización para población mayor de quince años revela un promedio de 7 años en zonas urbanas y 4,1 en zonas rurales, sin percibirse diferencias sustantivas relacionadas con el género.

Escolarización para población de 15 años y más por sexo y zona, 1993-1999.					
	1993	1996	1997	1998	1999
TOTAL	6.2	6.6	6.8	7.0	7.0
CABECERA	6.9	7.7	7.9	8.1	8.1
RESTO	3.7	3.7	3.8	3.7	4.1
HOMBRES	6.2	6.6	6.8	7.0	7.0
MUJERES	6.2	6.6	6.9	7.0	7.0

Fuente: Misión Social, con base en censo 93 y cálculos DIOGS.

2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

2.1 Organización General: La Constitución de 1991 otorgó mayores poderes a los municipios y fortaleció el papel de los departamentos; además consideró la seguridad social como un derecho irrenunciable de todos los habitantes y un servicio público obligatorio coordinado y controlado por el Estado que se desarrollará de forma descentralizada y por niveles de atención.¹² El sistema se organiza según la Ley 10 de Municipalización de Salud de 1990, la Ley 60¹³ que rige las competencias y los recursos disponibles para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993 con la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social (SGSSS). Las Leyes 10 y 60 (y actualmente la Ley 715) asignaron a los municipios la competencia operativa en la atención de salud en el primer nivel de atención, y a los gobiernos departamentales los hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad. La Ley 100 modificó el sistema de provisión de servicios de salud, cambiando el subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda, planteándose como meta para el año 2001 un aseguramiento de cobertura universal. La Ley 100 creó dos regímenes de afiliación: el *contributivo* y el *subsidiado*. Al subsidiado se afilia la población más pobre y vulnerable sin capacidad de pago. Las personas que no logran ser afiliadas a ninguno de los regímenes por ausencia de los oferentes o falta de recursos se denominan *participantes no asegurados*, siendo responsabilidad de las alcaldías de cada municipio la prestación de servicios de salud a esta población.¹⁴ Los principios rectores del proceso son la eficiencia, la universalidad, la solidaridad, la integralidad, la unidad y la participación social. Para el régimen contributivo se crearon las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y para el subsidiado las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS). Una forma de ARS son las Empresas Solidarias de Salud que se formaron como asociaciones cooperativas. Las EPS y ARS planean, organizan y ejecutan las actividades necesarias para controlar las enfermedades y mantener la salud de la población asegurada. Ambas entidades y las Secretarías de Salud Municipal contratan a IPS (Instituciones Prestadoras de Salud) y a ESE (Empresas Sociales del Estado, los antiguos hospitales públicos) para la prestación de servicios a los asegurados. El nuevo sistema separó funciones: *Dirección* (Consejo Nacional de Seguridad Social, Ministerio de Salud, Direcciones departamentales y municipales), *Financiamiento* (FOSYGA, fondo de solidaridad y garantía); *Administración* (EPS, ARS); *Prestación de Servicios* (IPS, ESE), y *Vigilancia y Control* (Superintendencia de Salud). El sistema prevé un Plan

General de Beneficios que incluye, entre otros, un Plan de Atención Básica (PAB) y un Plan Obligatorio de Salud (POS). Los municipios se encargan de las actividades de promoción y prevención a nivel colectivo para lo que desarrollan el Plan de Atención Básica (PAB), que incluye la vigilancia en salud pública, y diseñan un Plan Local de Salud para las acciones colectivas. Las EPS y las ARS están obligadas a ofrecer servicios de diagnóstico y tratamiento y, también, acciones de promoción y prevención individuales, definidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S).

2.2 Recursos del Sistema

Recursos Humanos: Las leyes 30 y 115 de 1994 dieron autonomía a las instituciones educativas para crear programas y se ha dado una desordenada proliferación de Facultades y programas, especialmente privados de pregrado y de postgrado en los niveles superior, técnico y auxiliar, sin una concomitante reglamentación del ejercicio de esos nuevos trabajadores. La tendencia a la privatización es aún mayor en la formación de trabajadores del nivel auxiliar al desaparecer las Escuelas anexas a los Servicios Departamentales de Salud. Desde 1977 existe el Consejo Nacional para el Desarrollo de RRHH en Salud formado por los Ministerios de Educación, Salud y Trabajo que cuenta con dos instancias operativas, el Comité Ejecutivo Nacional y los Comités Departamentales, que deben proponer la política sobre formación, educación continua, distribución y dinámica del Recurso Humano en Salud. Hasta finales de 1996, el Consejo Nacional reguló la formación de promotores de salud y de distintas categorías de auxiliares (en salud familiar, salud oral, enfermería, laboratorio clínico, administración, estadística en salud, atención al ambiente y droguería), categorías educativas que se denominan de educación no formal. En 1999 desapareció la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, y el Consejo quedó en un limbo jurídico. No obstante, se reúne esporádicamente para aprobar propuestas de creación de programas de educación no formal presentadas por los Comités Departamentales los cuales han proliferado en los dos últimos años. Dada la proliferación de programas de salud, en el 2001 el gobierno nacional expidió un Decreto para garantizar la calidad de la formación de profesionales pues el sistema de acreditación voluntaria para el control de calidad de la educación superior no se ha desarrollado al ritmo deseado. Los entes educativos tienen plazo para ajustarse hasta mayo del 2002. Los programas educativos siguen concentrados en las regiones más desarrolladas y el costo de las matrículas sigue siendo alto. Preocupa la disminución en los requisitos de ingreso a la educación superior para mantener copada la oferta educativa. Los profesionales buscan la educación continua como una forma complementaria de adquirir competencias adicionales para acceder a un muy comedido mercado laboral y ello a su vez ha generado una inmoderada proliferación de oferta educativa de posgrado de toda índole. Existe una Ley de Servicio Social Obligatorio para los recién egresados de Medicina, Enfermería, Odontología y Bacteriología. La creación de estas plazas anteriormente era responsabilidad de las

secretarías departamentales y del Ministerio. Tras la descentralización los alcaldes tienen autonomía para hacerlo y por ello los puestos de trabajo han sido reemplazados en alta proporción por profesionales con mayor experiencia y permanencia. Esto unido a la mayor oferta de profesionales por la proliferación de programas académicos ha obligado al Ministerio a realizar periódicos sorteos para eximir de la responsabilidad a los profesionales. No existe un sistema oficial de información establecido que recoja y analice lo pertinente a los recursos humanos en salud y las cifras oficiales son aproximadas puesto que no se ajustan tomando en cuenta los profesionales que se retiran, fallecen o cambian de trabajo.

RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR DE LA SALUD¹⁵

TIPO DE RECURSO	AÑO							
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Razón de médicos por 10,000 hab.	9	ND	9.9	ND	11.3	10.5	9.2	9.4
Razón de Enfermeras (os) profesionales por 10,000 hab.	ND	4.83	ND	ND	ND	4.8	ND	5.7
Razón de odontólogos por 10,000 hab.	ND	4.03	ND	ND	ND	ND	ND	8.0

Fuente(s): Superintendencia Nacional de Salud. Ministerio de Salud. El talento humano en salud. Segunda edición actualizada. 1998.; WHO Estimates of Health Personnel <http://www-nt.who.int/whosis/statistics>; The World Bank, Health Nutrition and Population Statistics <http://devdata.worldbank.org/hnpstats>

Existen varios trabajos recientes que evalúan la situación del ejercicio profesional a raíz de los procesos de Reforma, descentralización y tendencia a la privatización de la atención en salud que demuestran que el perfil ocupacional se ha modificado, las exigencias laborales para las enfermeras muestran un mayor peso de lo administrativo en detrimento de las labores clínicas directas con los pacientes, el ejercicio privado de los médicos ha disminuido ostensiblemente (solo 7,77% de los profesionales trabajan por fuera del sistema de seguridad social en salud), y el trabajo de los especialistas está mediado por la referencia del médico general y debe enmarcarse en restricciones implantadas por las empresas que manejan el mercado asistencial. Existe un preocupante éxodo de especialistas hacia el mercado laboral extranjero. La demanda de especialistas crítica para el caso de odontólogos, terapeutas y bacteriólogos.

Durante los dos últimos años se han venido desarrollado cuatro proyectos contratados por el Ministerio de Salud que en su conjunto aportan información y propuestas para que las autoridades definan un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos para el sector. Las proyecciones del RRHH formuladas por uno de los Proyectos (CENDEX) en términos de profesionales por mil habitantes son las siguientes:

Año	Población	Médicos	Odontólogos	Enfermeras	Terapeutas	Bacteriólog. Nutricionistas
2000	40.836.901	1.32	0.74	0.53	0.43	0.58
2001	41.645.472	1.34	0.76	0.54	0.46	0.59
2002	42.471.718	1.35	0.78	0.55	0.50	0.60

Los problemas pueden resumirse en: a) desequilibrio entre la oferta de diferentes categorías y la demanda de sus servicios por carencia de planeación y por insuficiencia y pobre confiabilidad de la información y por

carencia de estímulos para una mejor redistribución geográfica; b) inconsistencias entre los perfiles socioeconómicos/epidemiológicos con los perfiles cupacionales, e incongruencias entre lo anterior y los objetivos, contenidos, estrategias y métodos pedagógicos; estas inconsistencias pueden explicarse en parte por que no ha habido una redefinición de modelos asistenciales ni una reconstrucción de redes de servicios, coherentes con el nuevo sistema de seguridad social en salud; c) escaso reconocimiento de la importancia de la gestión de RRHH sobre la productividad y calidad de la atención, en aspectos críticos como flexibilización laboral, tendencia a la proliferación de contratos externos para actividades sustantivas (externalización), precarización de las condiciones de trabajo con pérdida de compromiso y deterioros de la moral de trabajo y de la motivación (23% de los profesionales están laborando sin contratos estables de trabajo - 33% en el caso de los médicos); d) carencia de políticas y estrategias de evaluación del desempeño y de planes congruentes de educación continua y supervisión formadora.

Medicamentos y otros Productos Sanitarios: La Política Farmacéutica Nacional no está suficientemente consolidada a pesar de que la Ley 100 y sus reglamentos contienen elementos bien definidos, tales como la cobertura de los medicamentos esenciales definidos en el POS. No obstante, existen desigualdades entre contribuyentes, subsidiados y no asegurados, cuyas fuentes de financiamiento también están diferenciadas. Igualmente está establecido el uso de la Denominación Común Internacional, la regulación sobre registro sanitario, el establecimiento de las BPM, los requisitos esenciales para servicios farmacéuticos, la vigilancia sanitaria y la farmacovigilancia. Estas políticas han cambiado la estructura del mercado. Así en 1995¹⁶ los medicamentos de marca suponían el 70% y los genéricos el 15%; en el año 2000 los de marca eran 41% y los genéricos 37%. El porcentaje del gasto público en salud destinado a medicamentos en el año 1995 fue entre 7-12 % y para el 2000 fue el 13,17% lo que equivale a \$US 18.3. Existen protocolos nacionales para el manejo racional de medicamentos en enfermedades transmisibles de interés en salud pública. Las farmacias no cuentan con farmacéutico aunque los requisitos mínimos en el sistema lo exigen pues su cumplimiento ha sido deficiente. En la actualidad está en proceso de revisión este requerimiento. Los precios de los medicamentos se desregularizaron en 1990. En 1998 se decretó el régimen de Libertad de Precios excepto para los medicamentos del POS (esenciales para Colombia) con menos de 3 proveedores a los que se les aplica control directo. Se calcula que esta política aumentó los precios por encima del IPC (21.4%) a más del 40% de los medicamentos¹⁷.

Existe un Listado de Medicamentos Esenciales en el Plan Obligatorio de Salud (POS) con cerca de 300 principios y 435 presentaciones. En 1995 la prescripción de medicamentos esenciales en hospitales públicos llegaba al 70% de los medicamentos prescritos y más del 60% de la prescripción se realizaba por nombre genérico. Ese mismo año se adoptaron las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) de la OMS. Los programas de control de calidad a los productos en el mercado muestran todavía niveles de rechazo cercanos

al 4%. Las Cooperativas de Hospitales, que agrupan a cerca del 80% de los hospitales públicos, han demostrado gran eficacia y consiguen descuentos del 79% en promedio en medicamentos de calidad. El Sistema General de Seguridad Social garantiza la accesibilidad a los medicamentos esenciales para los asegurados en el régimen contributivo, impone restricciones a los del régimen subsidiado y tiene deficiencias para el acceso de la población no asegurada al sistema. Distintas mediciones realizadas entre 1995 y 1999 sobre porcentaje de prescripción de medicamentos esenciales, muestran una tendencia a aumentar la correspondencia entre medicamentos prescritos y medicamentos esenciales. El acceso a los medicamentos esenciales debió aumentar en la misma proporción que la cobertura del sistema de salud, pero varios estudios muestran inequidades al respecto, principalmente en cuanto a la satisfacción de la entrega de los medicamentos prescritos. La Defensoría del Pueblo muestra una insatisfacción promedio del 39,8% y otro estudio muestra un 56% con diferencias significativas entre poblaciones de los regímenes contributivo, subsidiado y no asegurada¹⁸.

Las donaciones de sangre no se han incrementado. En 1993 se recolectaron 300.000 unidades; en 1997, 425.000 y en el 2000, 400.000. La donación remunerada está prohibida y la hospitalaria de reposición ocupa el 80% del total. El 99% de la sangre se analiza con los cinco marcadores exigidos. Hay normas técnicas y protocolos de control, sin datos de registro de su cumplimiento¹⁹. Se ha conformado un grupo para la definición de política de sangre, luego de reactivado el Consejo Nacional de Sangre en el 2001 y se presentó una propuesta de política de sangre para su aprobación.

Equipamientos y Tecnología.

En el Catastro Nacional de Equipos Hospitalarios, un 41% de los 25.515 equipos censados en instituciones de segundo y tercer nivel en 1997 funcionaban irregularmente o estaban fuera de servicio. Las finanzas del mantenimiento hospitalario son de alrededor del 5% del presupuesto de los hospitales públicos y privados, lo cual no está siendo verificado en la ejecución presupuestaria por la Superintendencia Nacional de Salud. Existe una reglamentación normativa para la importación y comercialización de equipos médicos²⁰.

DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO EN EL SECTOR DE LA SALUD, 1997

Subsector	Laboratorio clínico		Equipos de radiodiagnóstico	
	1er. Nivel	2do. Nivel	1er. Nivel	2do. Nivel
Público	649	135	ND	ND
Subtotal	649	135		
Privado	1283	220	ND	ND
Subtotal	1283	220		
Total	1932	355	ND	ND

Fuente: Ministerio de Salud. Catastro Nacional de Equipos Hospitalarios, 1997.

2.3 Funciones del Sistema:

Rectoría: El Ministerio de Salud dicta las políticas. En el ámbito territorial es representado por los Servicios Seccionales de Salud y por los Sistemas Municipales de Salud. Por Ley el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) ejerce la rectoría del sistema. El CNSSS adscrito al Ministerio de Salud es el organismo de dirección del Sistema General De Seguridad Social En Salud. Este sistema está bajo la orientación, regulación, supervisión, vigilancia y control del gobierno nacional y del Ministerio de Salud que dicta las políticas y los planes, programas y prioridades del gobierno. Ellos constituyen el substrato para los planes territoriales de acuerdo a la Ley 715 del 2001. El CNSSS, es además el Consejo de Administración del FOSYGA y regula los regímenes contributivo y subsidiado, define el POS y los medicamentos esenciales que hacen parte del mismo, el monto de la cotización y valor de la UPC y sus diferenciales poblacionales de acuerdo a edad, sexo y localización geográfica, regímenes de copagos y moderadoras, reconocimiento y pago de incapacidades y licencias de maternidad, y las medidas para evitar la selección adversa. El secretario técnico del CNSS es el Director General de Aseguramiento del Ministerio de Salud quien presenta a su consideración los estudios técnicos para la toma de decisiones. La Superintendencia Nacional de Salud funciona como ente de vigilancia y control.

Son funciones del Ministerio de Salud: (i) Formular y adoptar, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, las políticas y estrategias del SGSSS de acuerdo con los planes de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República; (ii) Dictar las normas científicas sobre la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por EPS, IPS y entes territoriales (direcciones seccionales, distritales y locales de salud); (iii) Expedir las normas administrativas de obligatorio cumplimiento por EPS, IPS y por entes territoriales; (iv) Formular y aplicar criterios de evaluación de eficiencia a EPS, IPS y entes territoriales.

El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, adscrito al Ministerio de Salud, ejecuta las políticas en materia de vigilancia sanitaria y control de calidad de medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, elementos médico-quirúrgicos, odontológicos, productos naturales y biotecnológicos, reactivos de diagnóstico y otros que impacten la salud individual y colectiva.

Separación de funciones: El nuevo sistema separó funciones: *Dirección* (Consejo Nacional de Seguridad Social, Ministerio de Salud, Direcciones departamentales y municipales), *Financiamiento* a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), con cuatro subcuentas: de compensación interna del régimen contributivo, de solidaridad del régimen de subsidios en salud, de promoción de la salud, de seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, *Administración* (EPS, ARS); *Prestación de Servicios* (IPS, ESE), y *Vigilancia y Control* (Superintendencia de Salud). De conformidad con las leyes 10 y 715 corresponde a los departamentos, distritos y municipios, las funciones de dirección y organización de los servicios de salud para garantizar la salud pública y la oferta de servicios de salud por instituciones

públicas, por contratación de servicios o por el otorgamiento de subsidios a la demanda. Los entes territoriales organizan el sistema de subsidios a la población más pobre y vulnerable, realizando contratos para la atención a los afiliados con las EPS de su territorio y promoviendo la creación de ESS.

Financiamiento: El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSyGA) es una fuente importante del Sistema General de Seguridad Social e incluye cuatro grandes subcuentas: de compensación interna del régimen contributivo, de solidaridad del régimen de subsidios en salud, de promoción de la salud, de seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito. Se ha ido desarrollando capacidad nacional para recolectar información sectorial sobre fuentes de financiamiento, utilización de recursos financieros y análisis de brechas de financiamiento sectorial del régimen contributivo y del subsidiado. Los estudios se han basado en el enfoque metodológico adoptado para el Sistema de Cuentas de Salud de Colombia²¹. Estos esfuerzos han estado liderados por la Dirección General de Aseguramiento del Ministerio de Salud, con la participación del Departamento Nacional de Planeación y la Superintendencia Nacional de Salud²². En ellos también se analiza el gasto en salud de los entes gubernamentales, no gubernamentales, centrales y descentralizados.

**EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD – EPS
DIFERENCIAS ENTRE INGRESOS Y EGRESOS TOTALES, 1995-1997**
(millones de pesos corrientes)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
INGRESOS TOTALES (1)	54,889.1	2,089,248	2,671,027	3,211,472	4,255,613	3,946,550
EGRESOS TOTALES (2)	65,347.2	2,123,947	2,809,747	3,804,143	4,534,503	4,172,246
DIFERENCIA (1) - (2)	-10,458.1	-34,699	-138,720	-592,671	-278,890	-225,696
EPS privadas		-53,329	-61,476	-61,899	-50,379	-30,927
EPS públicas		42,649	-30,603	-68,280	-92,013	-48,407
ISS – EPS		-24,019	-46,642	-462,492	-136,498	-146,363

Fuente: Estudio del equilibrio financiero del SGSSS. Dic. 2001

REGIMEN SUBSIDIADO –FUENTES DE FINANCIAMIENTO

FUENTES	Tasas de variación anuales				
	1996/95	1997/96	1998/97	1999/1998	2000/99
Situado Fiscal			31.6	52.2	-4.1
Participación ICN			0.1	30.7	-3.0
Esfuerzo propio			4.4	-12.7	21.4
Cajas Compensación	0.7	-47.4	64.6	2.9	17.4
FOSYGA	69.8	-12.9	42.0	-30.2	-8.9
Rentas cedidas				58.7	-42.7
Total recursos	57.2	66.0	28.1	-1.0	-4.7

Fuente: Estudio del equilibrio financiero del SGSSS.2001. En pesos constantes (1995=100).

**REGIMEN CONTRIBUTIVO - EPS
PROYECCION DE INGRESOS Y EGRESOS A 2001 –2002**
(millones de pesos corrientes)

INGRESOS / EGRESOS	1999	2000	2001	2002
Ingresos por UPC	3,225,994.4	3,462,792.1	3,793,105.1	4,031,951.0
Planes y servicios	42,558.5	142,051.1	184,090.8	238,581.7
Copagos, cuotas y otros	314,438.1	166,798.2	163,495.6	160,258.4
Otros ingresos	672,621.9	174,914.5	168,967.3	163,222.4
Total Ingresos	4.255.612.9	3.946.555.9	4.309.658.8	4.594.013.5

CIFRAS COMPARATIVAS DE RECURSOS, COBERTURA Y VALORES PER CAPITA

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
REGIMEN CONTRIBUTIVO:						
Total egresos EPS (millones \$ corr.)	2,809,746.8	3,804,143.1	4,534,502.8	4,172,246.0	4,549,069.5	4,835,517.3
Afiliados	13,065,904	12,480,230	13,000,665	12,927,907	12,893,886	12,930,000
Gasto total per cápita \$	215,044	304,814	348,790	322,732	352,808	373,976
Costo POS per cápita \$ (1)	121,569	164,303	195,428	247,412	271,888	288,201
Vr. UPC \$ (2)	174,989	207,362	241,577	265,735	289,119	312,248
Diferencia (2)-(1)	53,420	43,059	46,149	18,323	17,231	24,047
Incremento en cobertura		-585,674	520,435	-72,758	-34,021	36,114
REGIMEN SUBSIDIADO						
Total recursos ARS (millones \$ corr.)	747,987.7	1,119,165.2	1,210,679.8	1,254,295.7	2,064,331.4	2,169,082.5
Afiliados	7,026,691	8,527,061	9,325,832	9,365,832	10,500,000	10,800,000
Valores per cápita \$	106,449.5	131,248.6	129,820.0	133,922.5	196,603	200,841
Costo POS per cápita \$ (1)	69,965.0	97,626.0	100,866.0	113,387.0	126,362	171,823
Vr. UPC \$ (2)	108,464.0	128,530.0	128,530.0	141,383.0	155,530	167,972
Diferencia (2)-(1)	38,499	30,904	27,664	27,996	29,168	-3,851
Incremento en cobertura		1,500,370	798,771	40,000	1,134,168	300,000
RECURSOS OFERTA						
Total DSLS y ET (millones \$ corr.)	2,590,018.1	2,709,600.3	2,951,210.0	3,229,657.1	3,451,542.6	3,874,271.8
Población vinculada	14,673,109	14,949,624	15,230,488	15,509,252	15,798,424	16,092,987
Valores per cápita \$	176,515	181,249	193,770	208,241	218,474	240,743

Notas: valores estimados de UPC para regímenes contributivo y subsidiado para el año 2002, suponiendo un incremento equivalente al del IPC del 6%.

CONSOLIDADO GENERAL						
FUENTES Y USOS DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA						
(miles de pesos corrientes)						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000
FUENTES / USOS						
FUENTES						
FAMILIAS	73.499.707	1.548.400.587	1.156.910.377	1.444.369.515	1.796.875.643	1.857.677.803
EMPRESAS	120.373.465	366.318.471	1.462.876.748	1.622.163.710	2.145.565.345	2.313.991.839
RECURSOS DE LOS AGENTES	324.342.428	1.248.602.871	1.348.770.776	2.120.366.560	2.087.552.229	1.632.798.211
Recursos propios EPS	6.632.231	384.944.862	288.608.662	475.043.540	672.621.853	174.914.447
Patrimonio EPS	10.458.130	34.698.747	138.719.895	592.670.830	278.889.753	225.696.243
Recursos propios Fosyga	21.123.742	158.553.325	180.379.587	236.616.652	95.471.623	49.886.008
Venta servicios (DSLS)	173.766.942	360.210.189	385.534.012	483.345.711	518.153.000	903.665.833
Recursos de capital (DSLS)	112.361.383	228.021.396	295.773.730	278.218.042	457.733.000	213.229.720
Otros (DSLS)		82.174.352	59.754.890	54.471.786	64.683.000	65.405.959
PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACION P.G.N.	801.115.398	1.021.864.209	1.493.837.849	1.820.845.591	1.987.408.522	1.982.937.404
Partidas presupuesto	33.568.737	13.860.738	389.589	60.877.100	42.918.436	60.297.001
Situado fiscal	471.692.101	699.761.407	812.644.150	918.880.888	1.063.534.000	1.018.956.698
Participación ICN	20.762.600	32.536.255	234.817.375	338.659.292	483.522.086	509.967.486
Otras partidas	275.091.960	275.705.809	445.986.735	502.428.311	397.434.000	393.716.219
PRESUPUESTOS ENTES TERRITORIALES	282.845.614	500.692.847	685.356.948	625.163.299	678.990.766	868.792.587
Departamentales	282.845.614	368.530.748	438.315.828	361.704.214	345.511.000	413.575.438
Municipales		132.162.099	247.041.120	263.459.085	333.479.766	455.217.149
TOTAL RECURSOS	#####	4.685.878.985	6.147.752.698	7.632.908.675	8.696.392.505	8.656.197.844
USOS						
ADMINISTRACION	207.928.897	997.259.737	1.189.943.715	1.225.148.163	1.410.109.045	1.331.725.777
Servicios personales	162.935.216	613.933.289	827.811.475	859.974.462	952.545.525	660.555.104
Gastos generales	44.993.681	383.326.448	362.132.240	365.173.701	457.563.520	671.170.673
INVERSION	125.605.600	276.787.255	163.413.206	242.429.612	154.307.951	134.807.770
Infraestructura y dotación	125.605.600	276.787.255	163.413.206	242.429.612	154.307.951	134.807.770
ATENCIÓN EN SALUD	899.433.619	2.471.251.617	4.131.106.579	5.003.264.316	5.686.170.123	6.310.464.465

Ambulatorio	555.284.140	1.471.462.726	2.370.917.727	2.918.974.102	3.215.509.863	4.029.869.757
Hospitalario	172.616.764	590.572.042	1.045.967.125	1.443.587.038	1.678.847.425	1.623.675.395
Promoción y prevención	106.424.703	238.983.449	434.149.027	567.720.817	640.317.517	502.693.768
Plan de atención básica (PAB)	65.108.012	170.233.400	280.072.700	72.982.359	151.495.318	154.225.545
DEMÁS USOS	369.208.496	940.580.375	663.289.199	1.162.066.584	1.445.805.386	879.200.831
TOTAL USOS	#####	4.685.878.984	6.147.752.699	7.632.908.675	8.696.392.505	8.656.198.843

Fuentes: Estudio del equilibrio financiero del SGSSS.2001

Aseguramiento: En el año 2000 se alcanzó una cobertura de la seguridad social del 53.76%. El régimen subsidiado cubre a todos los municipios y mediante 214 ARS afilia a 9,510566 millones de personas de los estratos más pobres de la población, lo cual corresponde al 59.79% de la meta propuesta para el cuatrienio. El régimen contributivo ha afiliado 14,409131 millones de personas. La Superintendencia Nacional de Salud controla presupuestal y financieramente a las entidades participantes. Funciona como ente de vigilancia y control del cumplimiento de los requisitos esenciales de las IPS públicas y privadas, y del uso adecuado de los recursos financieros por parte de aseguradoras públicas y privadas y por parte de las IPS del sistema. Para ello se apoya en los entes territoriales del sistema.

2.4 Provisión de servicios

Servicios de salud poblacional: El paquete poblacional se oferta con el PAB cuyas acciones son de promoción de salud y prevención de la enfermedad. El SGSSS reglamentó los contenidos del Plan de Atención Básica (PAB) en promoción, prevención y vigilancia en salud pública, así como las competencias territoriales y los mecanismos para el acceso, distribución, destinación y administración de recursos. En el 2000, los 32 departamentos y los 4 distritos han iniciado acciones del PAB y 10 departamentos estaban adelantando procesos de asistencia técnica a los municipios para la elaboración del PAB municipal. Igualmente se desarrollaron instrumentos y mecanismos para la vigilancia y seguimiento del PAB municipal. Con el PAB se ha mejorado la vigilancia y control epidémico y se amplió el sistema alerta acción para vigilancia epidemiológica con 1200 unidades notificadoras de IPS públicas y privadas.

El PAB, es un plan territorial gratuito y obligatorio, responsabilidad del estado y competencia del nivel municipal²³. En este marco se ejecuta el plan de ambiente y saneamiento y algunas acciones de alimentación y nutrición para la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes, especialmente de vitamina A, hierro y yodo. El PAB incluye también información pública, educación y fomento de la salud, control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, complementación nutricional, planificación familiar, desparasitación escolar, control de vectores y campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como SIDA, tuberculosis, lepra, y malaria. Es garantizado por recursos fiscales nacionales y territoriales.

El paquete de beneficios individual (contributivo y subsidiado) incluye acciones de detección precoz del cáncer cérvico uterino y de mama. La población beneficiaria son las mujeres entre 25 y 69 años o las menores de 25 años con vida sexual activa afiliadas al Sistema para el caso de cuello uterino, y las mujeres mayores de 50 años afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado para el de mama. Estas normas están contenidas en la Resolución 412/2000 del Ministerio de Salud, que incluye acciones preventivas para la población afiliada (agudeza visual, lesiones preneoplásicas, violencia intrafamiliar, hipertensión arterial, diabetes y otras). Sin embargo, no son de obligatorio cumplimiento por aseguradoras y prestadores privados.

Servicios de atención individual: La Ley 100 estableció un escenario de prestación de los servicios de salud individuales por entidades públicas y privadas, que compiten por el mercado de usuarios, tanto en áreas urbanas como rurales, otorgando a estos la posibilidad de la libre elección, fomentando la competencia entre EPS y entre IPS²⁴. La Ley 100 exigió que los hospitales públicos se conviertan en empresas sociales del Estado (entidad pública descentralizada y autónoma). Dado que en muchos lugares el único prestador es el Estado y no se dan condiciones de mercado, algunos actores institucionales, de los entes territoriales, la academia, y la sociedad civil consideran que en determinadas realidades territoriales no tiene sentido la introducción de intermediarios y de subsidios a la demanda²⁵. Además, la población no afiliada es atendida por las IPS públicas sin recibir la totalidad del pago correspondiente²⁶, dada la crisis fiscal pública. Se concibió a las EPS como núcleos básicos del SGSSS con la función de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del POS a los afiliados, y girar al FOSYGA, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación. Asimismo, las EPS organizan planes complementarios de salud. Las EPS ofrecen a afiliados y beneficiarios distintas alternativas de prestación de servicios que satisfagan los requisitos de libre selección. Ello ha tenido distorsiones pues las alternativas de elección se han ido limitando, en algunos casos, a las propias IPS organizadas por el asegurador para abaratar los costos de producción del POS y aumentar utilidades. Con la Reforma Sectorial las instituciones del sistema adquirieron la autonomía para el manejo de la información de prestación de servicios, con un impacto negativo en los sistemas de información y de vigilancia de la salud, aún cuando el Ministerio de Salud ha establecido una serie de indicadores básicos que deben ser notificados con carácter obligatorio. El Ministerio de Salud elaboró un listado nacional único de procedimientos a fin de agilizar los trámites administrativos de cobro (RIIPS).

Nivel primario de atención: La cobertura nominal del sistema en el 2000, es del 53.76% (9.5 millones subsidiados y 14.4 millones contributivos)²⁷. Ello hace sinónimos afiliación al sistema y acceso a niveles primarios, lo cual no puede considerarse así, ya que un afiliado puede no tener acceso regular a servicios de salud por diferentes causas. Sin embargo, los actores fundamentales del sistema (Ministerio de Salud, entes

territoriales, instituciones formadoras de recursos humanos y de investigación, así como la sociedad civil colombiana) consideran que la atención primaria de salud ha sufrido deterioro en el país²⁸. Las visitas domiciliarias realizadas por los promotores de salud casi siempre responden a iniciativas de los aseguradores para ofertar una atención barata, sin una continuidad de esta atención con otros niveles del sistema, lo cual limita el acceso a modalidades de atención de mayor complejidad y mayor costo. Las causas de consulta externa en todas las edades en el año 2000 fueron en orden decreciente: infección respiratoria aguda, todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades de dientes y estructuras de sostén, piel y el tejido celular subcutáneo y otras enfermedades de los órganos genitales.

Nivel secundario de atención: Muchos hospitales de más de 50 camas cuentan con sistemas computarizados de información para la gestión administrativa y clínica. Hay un esfuerzo gubernamental por instalar los RIIPS (Registro individual de prestación de servicios de salud), pero hasta el momento el procesamiento de esta información es precario y no hay datos actualizados de prestación de servicios en ningún nivel de atención. El uso de la información para la gestión clínica ha sido liderada principalmente por hospitales privados en las ciudades de Bogotá, Medellín y Cali.

Las cinco primeras causas de egreso hospitalario en todas las edades (todos los subsectores) para 1997 fueron en orden decreciente: parto normal, complicaciones que ocurren principalmente en el curso del trabajo de parto, otras indicaciones en la asistencia del parto, complicaciones relacionadas principalmente con el embarazo, embarazo terminado en aborto. En una muestra realizada por el MS en 151 hospitales de segundo y tercer nivel, mentales y pediátricos, se encontraron los siguientes indicadores para 1997: número total de egresos 1.060 e índice ocupacional de 76%.

Calidad técnica: La Reforma Sectorial generó interés por los programas de calidad. Para su implementación el Ministerio de Salud y la Superintendencia desarrollaron los estándares de calidad de servicios clínicos y administrativos. Otros esfuerzos se realizaron por el Centro de Gestión Hospitalaria y la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales, así como por prestadores tales como el Instituto del Seguro Social –ISS- y las Cajas de Compensación Familiar –CCF-. Según el Ministerio de Salud 16,653 instituciones de salud (la Superintendencia Nacional de Salud da una cifra de 18,767) han diligenciado los requisitos esenciales. Ello incluye instituciones ambulatorias, laboratorios clínicos, centros de fisioterapia y otros. El Ministerio de Salud elaboró las guías y normas de atención a los problemas de salud prioritarios del país, las cuales se recogieron en la Resolución 412. Otras instituciones del sistema como el Instituto de Seguro Sociales han trabajado protocolos de atención basados en la evidencia²⁹, que se aplican en varios establecimientos del seguro y otras instituciones del país.

Calidad percibida: La Defensoría del Pueblo, desarrolló la “Encuesta Nacional de Calidad en Salud percibida por los Usuarios” que es comentada en Resultados.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LA REFORMA SECTORIAL

3.1 Seguimiento del proceso.

Seguimiento de la dinámica. El Sistema General de Seguridad Social se creó como resultado de la confluencia de la Ley 10/1990, la Constitución Política de 1991, la Ley 60/1993, y la Ley 100/ 1993. En consecuencia, la Reforma Sectorial es fruto de la reestructuración del Estado. El proceso fue liderado por los Ministerios de Salud y de Trabajo con el apoyo del Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el aval de las comisiones VII del Senado y Cámara. En el proceso de formulación actuaron diferentes grupos de interés en lo referente a salud y a pensiones. Los estudios fueron financiados por estos grupos, la banca multilateral (créditos de los Bancos Mundial y BID) y los recursos de las instituciones públicas. La Reforma del Sistema de Salud incluye tres propuestas diferentes y complementarias: la descentralización de 1990, la descentralización de competencias y recursos de 1993, y la reorganización organizativo financiera con separación de funciones y competencia regulada para el aseguramiento y la provisión.

El nuevo sistema se basó en³⁰ la separación entre los servicios individuales y los servicios colectivos en salud, para dejar los primeros en manos del mercado con competencia regulada y, los segundos, a cargo del Estado. Los servicios individuales quedaron organizados por la lógica del mercado de aseguramiento, que incorporaron aspectos del modelo de “competencia gerenciada”. Se planteó la obligatoriedad del aseguramiento, la existencia de un fondo único al que confluyen todos los recursos (Fondo de Solidaridad y Garantía), la exigencia de un plan mínimo de beneficios (Plan Obligatorio de Salud) y el pago de los aseguradores *per capita* ajustado por riesgos (Unidad de Pago por Capitación). Se separó la administración del aseguramiento de la prestación de servicios, y se esperó que las instituciones públicas y privadas confluyeran en un ambiente de competencia. El Estado debía regular a los actores del mercado y vigilar su comportamiento, además de subsidiar la demanda de los que demuestren ser extremadamente pobres. Se inició la transformación del subsector oficial pasándolo del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda, con la detección de los pobres para incorporarlos al mercado de aseguramiento mediante un subsidio directo. Se planteó la coexistencia de dos regímenes: contributivo y subsidiado. El primero, con un plan de beneficios para quienes puedan cotizar. El segundo, con el 70 % de los beneficios³¹, para los que no pueden cotizar. Queda un grupo de servicios para la atención de enfermedades catastróficas para ser financiado con fondos especiales³², y los estratos de población con capacidad de pago contratan además “planes complementarios”. La población vinculada al antiguo subsector oficial pasaría a afiliarse en alguno de los dos regímenes.

Para las tres dimensiones de la reforma han existido metas, fechas y responsabilidades, pero el comportamiento político, económico, social del país, así como el acompañamiento institucional ante

realidades complejas y heterogéneas ha hecho que las metas de certificación de municipios descentralizados y de extensión de afiliación no se logaran en el año 2001.

Seguimiento de los contenidos

Marco jurídico: La complejidad del modelo ha obligado al ajuste permanente de la normativa para ponerla a tono con las realidades, especialmente en lo relacionado con aumentos de coberturas, paquetes básicos, promoción, prevención y financiamiento. Estos marcos legales continúan siendo supervisados y evaluados por las diferentes instancias que cumplen con dicho fin, como son las Comisiones VII del Senado y Cámara de Representantes. En la actualidad hay importantes debates acerca de la Ley 100, de sus aspectos positivos y de sus debilidades para alcanzar la cobertura universal de servicios de salud. Especial atención han requerido los aspectos económicos y administrativos ligados a los flujos y equilibrios financieros del sistema de salud, extensión de coberturas del régimen subsidiado, crisis de los hospitales públicos, ineficiencia administrativa y equidad e impacto en la situación de salud.

Derecho a los cuidados de la salud y aseguramiento: Actualmente el sistema cuenta con 13.245.465 afiliados al régimen contributivo (lo que corresponde al 31.3% de la población) y 9.510.566 afiliados al régimen subsidiado (22.47% de la población), para un total de 22'756031 afiliados, que corresponden al 53.76% de la población³³

Rectoría: Se evaluaron las funciones esenciales de salud pública en septiembre del 2001 y se identificaron las áreas críticas y debilidades institucionales del Sistema General de Seguridad Social para cumplir con las atribuciones propias de la autoridad sanitaria nacional. El mecanismo de rendición de cuentas que tiene el SGSSS, además del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, son los Informes del Ministerio de Salud ante el Congreso de la República todos los años en el mes de junio. Una debilidad son los sistemas de información para la gestión. Por ello el Ministerio de Salud está desarrollando el Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS) para procesar información epidemiológica, de producción de servicios de salud, financiera y de recursos humanos, materiales y tecnológicos, y hacer así un uso más eficiente, eficaz y equitativo de los recursos de salud. La responsabilidad de definir políticas y planificar el área de recursos humanos fue abandonada desde hace más de una década. No existe direccionalidad y conducción de la formación de recursos humanos para la salud desde hace dos años. Actualmente con un préstamo del BID se está adelantando una propuesta para el Plan de Desarrollo de Recursos Humanos que sería implementado por la autoridad sanitaria. Dependiendo del Ministerio de Educación existe el Consejo Nacional de Acreditación, que solamente involucra a la educación profesional y que la Ley de Educación Superior lo consigna como voluntario. Se han definido lentamente requisitos mínimos en las carreras de Enfermería, Medicina y Odontología. Para la acreditación de establecimientos de salud existe la normativa del Ministerio de Salud³⁴. Los establecimientos tienen que cumplir con los requisitos esenciales que se

establecieron normativamente en 1995. La vigilancia de su cumplimiento le corresponde a las entidades territoriales de salud y a la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia no tiene suficientes recursos ni representación territorial para cumplir con esta obligación. La acreditación no se monitorea adecuadamente.

Modalidades de descentralización: El modelo transfirió responsabilidades técnicas, administrativas y una buena parte de las financieras a los entes territoriales (departamentos y municipios). Existe concordancia entre la descentralización político-administrativa del Estado Colombiano y las estructuras de salud. En lo referente a la descentralización, hasta mayo de 1999 estaban descentralizados 407 municipios de 20 departamentos, es decir el 37.9% de los municipios. 693 son municipios pequeños cuya capacidad de encontrar soluciones a sus problemas de salud, sin alianzas con otros municipios o con el departamento son muy escasas por razones de escala.

Hay una tendencia de los establecimientos de salud a la operación aislada, sin trabajo conjunto en función de estrategias de red. La descentralización de los sistemas locales e intermedios de salud derivó en autonomía autárquica. La transferencia de competencias y de recursos tecnológicos y financieros no se acompañó de suficiente capacidad de gestión. Se ha identificado un insuficiente desarrollo de conocimientos y habilidades para la conducción y la gerencia de redes en los sistemas territoriales de salud. Hay debilidad en la capacidad para la negociación y la concertación de compromisos de desempeño. El deterioro de la autoridad sanitaria nacional para ejercer las funciones esenciales de salud pública constituye un problema para la coordinación en el sistema de salud.

La descentralización de la salud en función del mercado no siempre es coherente con la división político administrativa del país, lo cual es un obstáculo para armonizar las lógicas de la democracia y la participación (basadas en municipios y departamentos), de la epidemiología (basadas en espacios población), de los servicios (basadas en niveles de resolución tecnológica articulados y en la economía de escala) con la lógica del mercado (rentabilidad económica). Las EPS fortalecen su patrimonio institucional incorporando nuevas IPS con el objetivo de contención de costos y no de satisfacer necesidades. Algunos niveles locales han tratado de recuperar la conducción y la gerencia de la salud en niveles municipales y departamentales para impulsar procesos basados en la atención primaria de salud, la complementariedad de los escasos recursos, la vigilancia de la salud, la referencia y contrareferencia de pacientes, la integralidad de la atención en salud, la participación social activa y la interacción equipo de salud-comunidad. Estos procesos no han sido acompañados por la autoridad sanitaria nacional y encuentran muchas dificultades para su realización.

Participación y control social: La prestación de servicios es objeto de control por parte de las veedurías comunitarias elegidas popularmente. Cuando ocurren hechos asistenciales que afectan al afiliado en la

prestación de los servicios de salud ellos hacen sus reclamos ante el comité técnico-científico que designa la respectiva institución de salud del afiliado, o en su defecto elevan la queja a la Superintendencia Nacional de Salud. El decreto reglamentario 1757 de 1994, contempla diferentes formas de participación de los ciudadanos y de los usuarios, como la conformación de asociaciones de usuarios de las EPS y las IPS. Mediante las tutelas (establecidas por la Constitución de 1991) la población reclama ante la corte constitucional prestaciones de salud no incluidas en los planes de beneficios, ganando demandas ante prestadores y aseguradores por su conexión con el derecho a la vida. Es importante señalar que los mecanismos activos de participación en Colombia son principalmente representativos y no participativos, con la excepción de las ligas de usuarios. Estas últimas tienen competencias mínimas en la práctica, ya que están limitadas a las EPS e IPS públicas, excluyendo las privadas³⁵.

Financiamiento y gasto: La información disponible muestra que los gastos totales del sector público no financiero aumentaron entre 1994 y 2001. El crecimiento de los ingresos se concentró fundamentalmente en los de Seguridad Social (del 2.9 al 6.0% del PIB) y en los del sector público territorial (de 4.6 a 8.3% del PIB). En lo que respecta al financiamiento operativo del sistema de acuerdo con la Ley 715 de 2001, la financiación proveniente de los municipios corresponde al 24.5% del monto total del Sistema General de Participaciones, y se destinan a financiar a la población en el régimen subsidiado, a la prestación de servicios de salud de los pobres no afiliados y a las acciones de salud pública. Otros recursos provienen de rentas cedidas de la nación a los departamentos, de recursos de ECOSALUD (impuestos a los juegos, loterías, etc.), de aportes voluntarios de municipios y departamentos, de participación en las regalías de los nuevos pozos petroleros, de aportes de las CCF, del IVA social, del impuesto a las armas y municiones y copagos y de las cuotas moderadoras de los afiliados y sus familiares. En el año 2000, el 7.7% del presupuesto nacional fue invertido en salud. En el año 1999 los colombianos destinaban a salud el 10% del PIB del cual un 5.5% era gasto público y un 4.5% era gasto privado^{36, 37}. Del gasto privado aproximadamente un 40% corresponde a medicamentos, un 14% a consulta externa, un 20% a hospitalización, un 5% a exámenes de diagnóstico y un 20% a otros conceptos. Un desafío para el equilibrio financiero del Sistema es el control a la evasión. Las EPS no han tenido interés alguno en controlar la sub-cotización de los afiliados de mayores recursos quienes, en consecuencia, tienden a declarar ingresos inferiores a los reales. Los sistemas de información sobre financiamiento y gasto se están fortaleciendo con el fin de evitar la evasión y elusión en los aportes al SGSSS y de transparentar el sector contra el despilfarro y corrupción en la utilización de los dineros del sistema.

Oferta de servicios: El SGSSS generó nuevas modalidades de atención en salud para ampliar la cobertura de los servicios. Sin embargo, dejados al margen de toda planeación, los procesos de referencia y contrarreferencia se entorpecieron. Además los aseguradores crearon redes propias (integración vertical)

lo que duplicó infraestructura en algunas partes y consolidó vacíos de atención en otras. En algunos casos, la integración vertical ha respondido a la ausencia de oferta suficiente de servicios. En la oferta de servicios, el modelo ha previsto que el sistema funcione con base a la demanda. Solamente la atención de los vinculados opera mediante la oferta, que generalmente se presta a través de las ESEs. El sistema también previó la focalización de acciones para la atención de grupos vulnerables mediante el Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN), con el cual se seleccionan los beneficiarios de subsidios que participarán de los servicios ofrecidos mediante el régimen subsidiado. De manera complementaria al SISBEN se realizan acciones de focalización a grupos vulnerables como ancianos, niños, damnificados por emergencias y desastres, etc.

Modelo de gestión: Las EPS públicas, privadas, solidarias o mixtas, compiten por la afiliación de la población. Su función esencial es el manejo del riesgo (garantizándole a sus afiliados el POS) y la organización y administración de la prestación de los servicios de salud. La Ley 100 estableció que el Instituto de Seguros Sociales (ISS) seguiría cumpliendo con las funciones que le competen como asegurador y prestador. Las cajas, fondos y entidades de seguridad social del sector público que con anterioridad a la fecha de vigencia de la Ley 100 prestaban servicios de salud o amparaban a sus afiliados de riesgos de enfermedad general y maternidad, tenían dos años para transformarse en empresas promotoras de salud, adaptarse al nuevo sistema o efectuar su liquidación. Ello no ha ocurrido así, existiendo regímenes especiales por fuera del SGSSS. Los afiliados pueden organizarse para acciones de veeduría comunitaria, afiliaciones grupales, e incluso administración solidaria de los recursos de salud para aquellos beneficiarios de los subsidios de afiliación.

Sobre los Recursos Humanos: Se señalaron con anterioridad los puntos críticos en la formación del RH y la necesidad de concertación con el sector educativo. Han predominado las iniciativas autónomas y desordenadas del sector educativo y la proliferación de instituciones educativas y de programas, sin control de la pertinencia y de las posibilidades de inserción laboral de muchas de ellas. Algunas universidades han emprendido reformas curriculares más acordes con las nuevas necesidades, aunque ello no se ha hecho concertando con los empleadores. La educación permanente está debilitada y algunas necesidades emergentes como la Vigilancia en Salud Pública, Sistemas de Información, Gerencia y Gestión Municipal, Emergencias Complejas, entre otros, requieren una atención especial. Tras un largo y difícil proceso se presentó un proyecto de ley que reglamenta el ejercicio de la Medicina y sus especialidades que reemplaza una ley de 40 años de vigencia.

En relación a la planificación y gestión de los puestos de trabajo solamente se han desarrollado acciones aisladas e incoherentes, determinadas sobre todo por la crisis fiscal. Sin embargo existen experiencias

exitosas aisladas en Risaralda, Pasto y el Distrito Especial de Bogotá. En la empresa privada existen mayores avances en la aplicación de gestión y planeación.

En teoría se han establecido incentivos al desempeño del personal pero no se han aplicado o se han basado en el cumplimiento de tareas puntuales y no en metas de impacto y de trabajo en equipo. Mayor avance existe en unas pocas empresas privadas. Se categorizó al médico general en espera de mayor capacidad de resolución en niveles de atención de baja complejidad tecnológica. La descentralización y reorganización de los hospitales ha dado lugar a una indefinición de los vínculos laborales de algunos trabajadores tradicionales de la salud como los promotores, quienes dependían laboralmente de los hospitales y actualmente deben ser contratados por las autoridades municipales. Se ha redefinido el perfil ocupacional del promotor de salud ambiental.

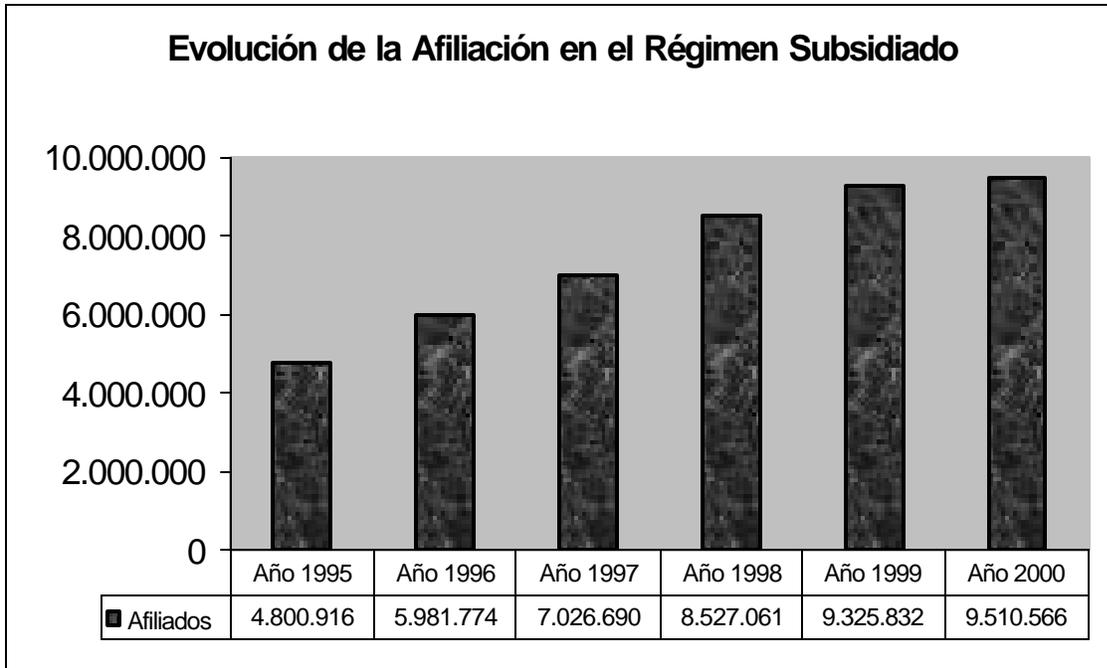
En los últimos años se ha implementado la educación permanente en salud. En trece departamentos se han involucrado los entes de educación superior o técnica del área de la salud con el objeto de crear equipos de facilitadores intersectoriales y de comprometer a los entes educativos en la formulación y desarrollo de los programas educacionales. La certificación que acredita al profesional la expiden los entes educativos. No existen colegios profesionales. Los profesionales de la salud, al culminar sus estudios de pre grado y con la presentación del título universitario, reciben de la autoridad de salud un registro profesional provisional que les permite ejercer con algunas restricciones y durante el cumplimiento del período de servicio social obligatorio. Una vez cumplido este período deben obtener su tarjeta profesional definitiva para ejercer de manera autónoma. No está establecido el registro de los especialistas. Para algunos de los trabajadores del nivel técnico y auxiliar no existe la obligatoriedad del registro centralizado. Estos ejercen con la presentación del título académico obtenido en la institución educativa.

Calidad y Evaluación de tecnologías en salud: Desde 1990 se desarrolla un proceso de fortalecimiento de programas de acreditación y de garantía de calidad (decreto 2174 sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad). La Resolución 4242 de 1997, estableció requisitos esenciales para instituciones prestadoras de servicios de salud. La evaluación de tecnologías en salud se había fortalecido mediante las acciones de la Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico del Ministerio de Salud. Con la reestructuración del Ministerio desapareció esta dirección, incorporándose su accionar a la Dirección de Planeación y Análisis Sectorial. Mediante la Resolución 5039 de 1994, se legisló la importación y evaluación de la tecnología en salud.

3.2. Evaluación de resultados

Equidad y Cobertura: En el período 1993-2000 se incrementó significativamente la cobertura de afiliación que pasó del 22 % en 1993, al 53.76 % en el 2000. De la población no pobre, el 47.6 % está cubierta por el régimen contributivo, el 13.7 % por el régimen subsidiado y el 38.5 % no está afiliada, lo

cual es preocupante, ya que existen al menos 4 millones de subsidiados entre los estratos no pobres. De la población pobre el 35 % está cubierta por el régimen subsidiado, mientras el 10.7 % está cubierta por el contributivo y el 53.9 % no está afiliada.³⁸



Fuente: Dirección General de Aseguramiento - Régimen Subsidiado

En distribución de recursos: Existen varias fuentes de información diferentes acerca de la distribución de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros³⁹ dentro del sistema de salud colombiano. En el caso de los recursos financieros la fuente más confiable y actualizada es el Departamento Nacional de Planeación quien ha conducido los estudios de cuentas nacionales de salud. Las cifras que se muestran a continuación son las más recientes tomadas del DNP y de los Indicadores Básicos de Salud 2001 de OPS.

Recursos del sistema de salud, 1999-2001

Gasto Total Salud per cápita \$ US (1)	216.83
Gasto Público Salud per cápita \$ US (1)	126.61
Médicos por 10,000 habitantes	9,3
Enfermeras por 10,000 habitantes	4,3
Camas hospitalarias x 1000 habitantes	1,5

Fuente: (1) DNP, 1999. Indicadores Básicos de Salud, 2001. OPS

En acceso: Los municipios de menor desarrollo socioeconómico y mayor prevalencia de NBI son los que tiene porcentajes más altos de muertes sin diagnóstico (de causa no definida) consecuencia de inequidades en el acceso a servicios de salud, contrastando con la situación de la mortalidad certificada institucionalmente en los municipios de mayor desarrollo. En el análisis de la correlación existente entre

pobreza y afiliación al régimen subsidiado se encuentra que de los 16 departamentos que tienen más de 50 % de NBI solo en 5 se alcanza una afiliación por encima de la mediana del país (40 % de su población pobre).⁴⁰ También existen problemas con la afiliación de pobres de manera que la mitad de las afiliaciones al régimen subsidiado corresponden a familias no pobres, lo cual permite poner en duda la aplicación de la focalización en el SGSSS.⁴¹ De los afiliados, 8,5 millones lo estaban al régimen subsidiado y 16,6 millones al contributivo en 1998.⁴² El aseguramiento aumentó hasta 1998, y a partir de ahí comenzó a disminuir en el contributivo. Los datos se pueden interpretar de la siguiente manera: quien tenía con qué pagar sigue pagando, en el régimen contributivo o medicina prepagada, mientras que de los pobres sólo se ha logrado cubrir el 59,7 %, si se asume como pobres la población con NBI.⁴³ Por otra parte, se ha cuestionado el asumir como cobertura efectiva lo que se registra como afiliación. De hecho, en el caso del régimen contributivo sólo se paga compensación del FOSYGA a las EPS por 12,3 millones de personas.⁴⁴ Esto quiere decir que, aunque se registraban más de 16 millones, 4 millones de personas dejaron de cotizar o salieron de los sistemas de información de personas por las cuales las EPS pueden cobrar Unidades de Pago por Capitación. Así que la cobertura efectiva es mucho menor.

EVOLUCIÓN DE AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Año	Cotizantes	Beneficiarios	Total	D. Familiar
1996	6.632.429	7.095.868	13.728.297	2,07
1997	6.991.962	7.977.316	14.969.278	2,14
1998	5.865.123	10.225.601	16.090.724	2,74
1999	5.631.268	8.021.610	13.652.878	2,42
2000*	5.363.181	7.882.656	13.245.836	2,47

Fuente: Resolución 2390 de 1998 y Circular 2, DGSS, a Dic/99. *Para el año 2000, se tomó la información de afiliados compensados, reportada por FISCALUD. El dato de beneficiarios incluye adicionales.

AFILIADOS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO EN EPS DISTINTAS AL ISS (PRIVADAS Y PUBLICAS)

Año	Cotizantes	Beneficiarios	Total	D. Familiar
1995	425.685	682.905	1.108.590	2,60
1996	988.000	1.578.900	2.566.900	2,60
1997	1.959.019	3.288.094	5.247.113	2,68
1998	2.101.454	3.420.380	5.521.834	2,63
1999	3.280.906	5.319.229	8.600.135	2,62
2000*	3.111.600	4.972.658	8.084.257	2,60

Fuente: Resolución 2390 de 1998 y Circular 2, DGSS, Dic/99. *Para el año 2000, se tomó información de afiliados compensados, según FISCALUD. No incluye ISS, ni entidades adaptadas. Los beneficiarios incluye adicionales.

Asignación de recursos: La Reforma del Sistema de Salud ha incrementado de manera sustancial la disponibilidad de recursos financieros del sector. Lo anterior ha generado gran polémica, pues el sistema

funciona con la intermediación financiera de las EPS, ARS y ARP, generándose problemas por los altos costos de manejo y la poca celeridad en el flujo de los recursos. La RS influyó en la reasignación de recursos al destinar una parte significativa de recursos destinada fortalecer las acciones de promoción y prevención mediante el PAB. Lamentablemente, esos recursos no se han utilizado con eficacia y eficiencia, por problemas relacionados con la capacidad de gestión de los entes territoriales, debilidades de la supervisión y control, externalización de servicios de promoción y prevención, factores políticos locales y otros.

FUENTES Y USOS DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA						
(miles de pesos corrientes)						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000
FUENTES						
FAMILIAS	73.499.707	1.548.400.587	1.156.910.377	1.444.369.515	1.796.875.643	1.857.677.8
EMPRESAS	120.373.465	366.318.471	1.462.876.748	1.622.163.710	2.145.565.345	2.313.991.8
PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACION P.G.N.	801.115.398	1.021.864.209	1.493.837.849	1.820.845.591	1.987.408.522	1.982.937.4
PRESUPUESTOS ENTES TERRITORIALES	282.845.614	500.692.847	685.356.948	625.163.299	678.990.766	868.792.5
Departamentales	282.845.614	368.530.748	438.315.828	361.704.214	345.511.000	413.575.4
Municipales		132.162.099	247.041.120	263.459.085	333.479.766	455.217.1
TOTAL RECURSOS	#####	4.685.878.985	6.147.752.698	7.632.908.675	8.696.392.505	8.656.197.8
USOS						
ADMINISTRACION	207.928.897	997.259.737	1.189.943.715	1.225.148.163	1.410.109.045	1.331.725.7
Servicios personales	162.935.216	613.933.289	827.811.475	859.974.462	952.545.525	660.555.1
Gastos generales	44.993.681	383.326.448	362.132.240	365.173.701	457.563.520	671.170.6
INVERSION	125.605.600	276.787.255	163.413.206	242.429.612	154.307.951	134.807.7
Infraestructura y dotación	125.605.600	276.787.255	163.413.206	242.429.612	154.307.951	134.807.7
ATENCIÓN EN SALUD	899.433.619	2.471.251.617	4.131.106.579	5.003.264.316	5.686.170.123	6.310.464.4
Ambulatorio	555.284.140	1.471.462.726	2.370.917.727	2.918.974.102	3.215.509.863	4.029.869.7
Hospitalario	172.616.764	590.572.042	1.045.967.125	1.443.587.038	1.678.847.425	1.623.675.3
Promoción y prevención	106.424.703	238.983.449	434.149.027	567.720.817	640.317.517	502.693.7
Plan de atención básica (PAB)	65.108.012	170.233.400	280.072.700	72.982.359	151.495.318	154.225.5
DEMÁS USOS	369.208.496	940.580.375	663.289.199	1.162.066.584	1.445.805.386	879.200.8
TOTAL USOS	#####	4.685.878.984	6.147.752.699	7.632.908.675	8.696.392.505	8.656.198.8

Fuentes: Estudio del equilibrio financiero del SGSSS.2001

Gestión de recursos: En la fase inicial de la implementación se presentó una expansión en infraestructura y dotación, principalmente en el subsector privado. Las instituciones públicas de segundo y tercer nivel recibieron apoyo (gracias a un crédito externo) del programa de mejoramiento hospitalario para fortalecer su equipamiento y gestión (se beneficiaron 140 de segundo nivel y 31 de tercer nivel). En lo referente a los compromisos de gestión, a la fecha se han transformado en ESEs un total de 413 instituciones.

Efectividad y calidad: Se establecieron normas técnicas y estándares de calidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (Decreto 2174 de 1996): requisitos mínimos esenciales, diseño y ejecución del plan para el mejoramiento de la calidad y auditoría médica. Para la medición de la satisfacción de usuarios y la atención de reclamos y sugerencias se expedieron decretos y resoluciones (Resolución 03165 de 1996 para atención de salud a discapacitados y minusválidos; Decreto 2240 y

Resoluciones 4445 y 5042 de 1996 sobre requisitos mínimos en infraestructura y Manuales de Normas Técnico-Científicas y Administrativas, de Bancos de Sangre, Información y Atención al Usuario y otras).

Calidad técnica: No existe un esfuerzo sistematizado de monitoreo de procesos de calidad institucionales, aunque existan ejemplos aislados, generalmente en instituciones de gran complejidad, de un buen desempeño de la calidad de atención. La legislación obliga a las instituciones a conformar comités de infección hospitalaria, pero los comités de evaluación de la calidad hospitalaria no están funcionando sistemáticamente ni son evaluados o supervisados periódicamente por las entidades territoriales ni por el Ministerio de Salud. A nivel territorial están conformados los comités de ética médica.

Calidad percibida: 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 muy buena en comparación con los no afiliados con 9,5%. La consulta preventiva al médico u odontólogo una vez al año fue del 46% en los afiliados contra sólo el 32,1% en los no afiliados, habiendo estado hospitalizados el 8,4% de los afiliados y el 5,3% de los no afiliados. Un 72,1% de los afiliados con padecimientos crónicos asistían a consulta periódica frente a 55,6% de los vinculados. Los afiliados acuden en mayor proporción (80,7%) a instituciones de salud que los no afiliados (66,9%).

En el año 2000, la Defensoría del Pueblo⁴⁵ realizó la “Encuesta Nacional de Calidad en Salud percibida por los Usuarios” con una muestra representativa de todos los municipios, estratificada y polietápica, en la que participaron 2,365 usuarios, con los siguientes resultados: (i) 1628 están afiliados a algún régimen y 737 respondieron no tener ningún tipo de afiliación; (ii) Médico general: 75,3% asistió y 24,7% no. De quienes asistieron, al 4,1% no lo examinaron y al 95,9% sí; al 63,6% le ordenaron pruebas de laboratorio y al 78,2% le formularon medicamentos; (iii) Días transcurridos entre la solicitud de la consulta y su realización: 42,7% manifiesta que se realizó el primer día, el 8,7% el día siguiente y el 6% al tercer día; (iv) 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; (v) Atención calificada de uno a cinco, con referencia al trato, instalaciones e información recibida: el 36,5% calificaron la atención general con 4 y el 34,9% con 5; calificaciones inferiores a 3 el 7,6%; (vi) Servicio médico especializado: el 42,5% pudo escoger al especialista, mientras que el restante 57,5% no pudo. De ellos volverían a ese mismo especialista el 81%; no lo haría el 8,3% y no informaron el 10,7%. El 49% califica los servicios del especialista con 5 y el 27,6% lo hace con 4; (vii) Percepción sobre las entidades de salud: el 88,5% de los usuarios afiliados que respondieron refieren que la institución les ha facilitado el acceso. De los afiliados el 18,55% ha pensado cambiarse de institución, y el 81,5% no. La principal causa para cambiar de institución, fue el mal servicio (33,9%), seguido por la poca seguridad o insatisfacción (29,4%) y la demora en la atención (9,1%). Algunos componentes de la relación profesional con los

usuarios son preocupantes, por ejemplo la no realización de la historia clínica a todas las personas; o que una quinta parte de los usuarios salen de la consulta sin conocer la naturaleza de su molestia o la mitad que salen de los servicios sin obtener adecuada información; o que los servicios de promoción y prevención tengan la percepción más negativa de todos. La encuesta está en contradicción con la crisis operativa, de credibilidad y legitimidad del sistema de salud.

Sostenibilidad: La sostenibilidad financiera del sistema está amenazada por los problemas de crisis económica del país⁴⁶, la evasión en los aportes, la corrupción en el manejo de instituciones administradoras del régimen subsidiado y el no cumplimiento de predicciones económicas establecidas en el 1993 para financiar la ampliación de la cobertura (fondos provenientes de la explotación petrolera y la privatización de algunas inversiones estatales). La principal dificultad reside en la estabilidad financiera. No se dieron los supuestos macroeconómicos proyectados en 1993: la recesión y el incremento del desempleo, subempleo e informalidad, sumados a la crisis fiscal, frustraron el propósito de cobertura universal y constituyen amenazas para el futuro financiero del sistema. Aunque la cobertura en el régimen contributivo se conserva, han disminuido los cotizantes y el ingreso base de cotización salarial, aumentando los beneficiarios y la densidad familiar. Esto hace que el sistema deje de ser sostenible⁴⁷.

Hay grandes dificultades en la financiación de la atención a la población pobre y vulnerable. Primero porque la disminución de cotizantes y del ingreso base de cotización salarial ha disminuido el aporte solidario (de cada 12 pesos cotizados por afiliado al régimen contributivo, un peso se dirige a financiar el régimen subsidiado). Segundo, por la dificultad para la gestión oportuna de los recursos “parafiscales” (ingresos provenientes del aporte solidario y de las Cajas de Compensación Familiar, cuando deciden no administrar directamente el régimen subsidiado) pues estos recursos pasan al Presupuesto General de la Nación, con las rigideces y demoras que ello significa. Tercero, por la reducción y retraso en el aporte del paripassu desde 1995⁴⁸. Además, la financiación de los eventos “catastróficos” o de “alto costo” (cáncer, insuficiencia renal crónica, SIDA y transplantes de órganos) amenaza la estabilidad financiera del FOSYGA y de varias EPS, como el ISS, que es la que más concentra dichos riesgos; y también a las importantes Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), como las Cajas de Compensación Familiar y las de Departamentos y Distritos, responsables de atender dichos eventos entre la población pobre no afiliada al SGSSS. Lo anterior se agrava por el efecto de las “tutelas” que tienen a muchas entidades hospitalarias de alta complejidad a punto del cierre, al no poder recuperar los servicios prestados, y a los Departamentos y Distritos que, sin recursos para la atención especializada, ejecutan el presupuesto anual en sólo 7 meses. Además, los prestadores de servicios no diagnostican ni registran las enfermedades ocupacionales, lo que agrava aún más la crisis financiera del Sistema de Salud, ya que el Sistema de Riesgos Profesionales no asume sus responsabilidades. También hay dificultades para el reconocimiento

de la causalidad ocupacional de las enfermedades profesionales, lo que hace incierto el pago por parte de las Administradoras de Riesgos Profesionales y genera un desestímulo al prestador para registrar correctamente dicho evento. Lo más grave es que es el trabajador pierde prestaciones económicas en caso de quedar cesante.

Los regímenes especiales creados a partir de la Ley 100, han contribuido al desbalance de la cuenta de compensación. El caso de las universidades públicas, para dar un ejemplo, ha impedido en este año el ingreso de más de 10.000 millones de pesos a la subcuenta de compensación del FOSYGA. El SGSSS sería más solidario y universal si no existieran regímenes de excepción y el régimen contributivo sería superavitario, garantizando la sostenibilidad financiera del sistema, dado que la densidad promedio del sistema ha disminuido a 2.0 salarios mínimos mensuales vigentes por cotizante y dichos regímenes tienen una densidad salarial por encima de 4.0.

A pesar de la gestión realizada por el CNSSS y el Ministerio de Salud, el obstáculo al flujo de los recursos hacia el Régimen Subsidiado ha limitado el acceso efectivo de la población a los servicios y ha causado la mayor crisis de los hospitales públicos en la historia del país. En resumen, aunque el gasto total y el gasto público en salud se han incrementado, los costos de transacción continúan siendo insuficiente para lograr la meta de la ley: “cobertura universal e igualación de los Planes Obligatorios de Salud”⁴⁹.

Participación Social: No existen estudios rigurosos que puedan sustentar los efectos de la reforma sectorial en la participación social en salud. La Ley 100 previó mecanismos de veeduría ciudadana, de asociaciones de usuarios y de empresas sociales de salud que incrementaran la participación ciudadana, en la evaluación del desempeño de las acciones y en la totalidad del control social de la gestión. En cada junta directiva de las ESE está representada la comunidad, así como en los distintos niveles de gestión del sistema, hasta el CNSSSS. Las ESS encontraron serias dificultades para su viabilidad económica, pues, por número de población, no lograron administrar adecuadamente el riesgo. Las dificultades financieras del SGSSS empobrecieron las posibilidades de participación social concebidas para el sistema.

* La segunda edición del Perfil fue preparada por un grupo de 40 profesionales y decisores políticos nacionales representantes del Ministerio de Salud, del Instituto Nacional de Salud, del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), de la Superintendencia Nacional de Salud, del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, del Departamento Nacional de Planeación, de la Universidad Nacional, de la Universidad Javeriana, de la Universidad de Antioquia, y de la OPS/OMS. La coordinación técnica del Grupo Nacional corrió a cargo de la Oficina de la OPS/OMS en Colombia. La revisión externa fue encomendada a la Fundación para el Desarrollo de la Educación en Salud en Colombia (FUNDESCO). La responsabilidad por la revisión final, edición y traducción corresponde al Programa de Organización, y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

BIBLIOGRAFIA Y NOTAS

- ¹ PNUD. Primer marco de cooperación para Colombia: notas de consulta. Santafé de Bogotá, D.C.: PNUD, Nov. 1996.
- ² Ibid.
- ³ PROFAMILA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia, 2000. Bogotá, Colombia, Octubre del 2000.
- ⁴ Ministerio de Salud; CIDER. 2002.
- ⁵ Programa RUMBOS y de su Observatorio Colombiano sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA)
- ⁶ Colombia. DANE. Datos básicos de Colombia. Proyecciones de población Colombia 1990-2000, con base en el Censo 1993.
- ⁷ DANE, 1994.
- ⁸ Duarte, Jesús. "El fortalecimiento de las instituciones escolares públicas como eje de la política educativa". Coyuntura Social/FEDESARROLLO, No. 15: 119-134, 1996.
- ⁹ Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Sistema de indicadores sociodemográficos para Colombia (SISD: Demografía. Boletín No. 2. Santafé de Bogotá, D.C.: DNP.
- ¹⁰ Ruiz, M; Bodnar, Y. El carácter multiétnico de Colombia y sus implicancias censales. "Presentado en el Seminario Taller" Investigación sociodemográfica contemporánea de pueblos indígenas". Santa Cruz de la Sierra Bolivia. INE, CELADE, FNUAP, Bogotá, Colombia, 1993
- ¹¹ DANE, 1993.
- ¹² La ley 100 establece un nuevo concepto en la orientación de la salud al buscar el aseguramiento como es esquema dominante, dejando de lado los subsidios a la oferta, mediante el énfasis en los subsidios a la demanda y la competencia entre prestadoras (IPS) y administradoras (EPS). Estas últimas asumen unos roles y unas funciones antes difusos. Plantea un paquete básico (POS) que debe ser financiado con los recaudos por cotizaciones salariales, por otras cotizaciones voluntarias de los no asalariados del país y por los recursos fiscales para la salud. Cada persona tiene asignado un monto de recursos, denominado Unidad de Pago por Capitación (UPC), cuya estimación está en función de las características socioeconómicas y epidemiológicas. Toda la población debe afiliarse a alguna EPS, la que recibirá por cada afiliado su correspondiente UPC. Con estos recursos la EPS debe garantizar la prestación de servicios médicos incluidos en el POS, contratándolos con alguna IPS.
- ¹³ En diciembre del 2001 se aprobaron modificaciones al Ley 60 que se concretaron en la Ley 715 del 2001 (Sistema General de Transferencias) para Salud y Educación. Congreso de la República, Colombia. Diciembre, 21 del 2001.
- ¹⁴ La Reforma del Sector Salud en Colombia y sus efectos en los programas de Salud Pública, 2001.
- ¹⁵ La información sobre oferta de recursos humanos en reportada por la Superintendencia Nacional de Salud, corresponde al número acumulado de profesionales graduados y no está ajustada por los profesionales que se retiran, fallecen o no se dedican al ejercicio de la profesión. Ministerio de Salud. Mayo 2002.
- ¹⁶ IMS HEALTH – INTERDATA S.A. 1995-2000.
- ¹⁷ Estudio de la Defensoría del Pueblo.
- ¹⁸ Defensoría del Pueblo. Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud Percibida por los Usuarios. Bogotá, Colombia, Año 2000.

- ¹⁹ Diagnóstico- Plan Nacional de Control y Prevención de las Enfermedades Transmitidas por la sangre- Aporte de la Coordinación Nacional de Bancos de Sangre del Instituto Nacional de Salud al Desarrollo de una Política Nacional en Bancos de Sangre y Medicina Transfusional, 2001, INS., Colombia.
- ²⁰ Ministerio de Salud. Resolución 434 del 2001
- ²¹ Departamento Nacional de Planeación. Colombia, 1998.
- ²² Colombia. Ministerio de Salud. Estudio Integral del Equilibrio Financiero del SGSSS. Diciembre, 2001.
- ²³ Colombia. Ministerio de Salud. Plan de atención básica en salud. Santafé de Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud, 1996.
- ²⁴ IPS son hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y todos los profesionales que, agrupados o individualmente, ofrecen servicios a los afiliados de EPS e ARS.
- ²⁵ Paredes, N. A cinco años de la reforma del sistema de salud colombiano ¿Qué ha pasado con el Derecho a la Salud?. Tomado de la Salud está Grave. Una visión desde los Derechos Humanos. Mayo, 2000 Bogotá, Colombia
- ²⁶ de Currea-Lugo, V. La salud: de la caridad al negocio sin pasar por el derecho. Tomado de la Salud está Grave. Una visión desde los Derechos Humanos. Mayo, 2000 Bogotá, Colombia
- ²⁷ Contraloría General de la Nación –CGN-, 2000.
- ²⁸ Congreso de la República. Ley 715 del 2001.
- ²⁹ ISS; ACOFAEN. Guía de intervención basadas en la evidencia. Bogotá, Colombia, 1998.
- ³⁰ Hernández, M. El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización. Revista Salud Pública Universidad Nacional de Colombia. Vol. 2, Número 2, 2000.
- ³¹ BID, CENDEX, Fundación Corona, Universidad Javeriana. Evolución y resultados del régimen subsidiado de salud en Colombia: 1993-2000. Según el mismo el OPS subsidiado no alcanza a ser el 50 % del contributivo.
- ³² Existen fondos adicionales para financiar la atención de salud por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (ATEP) y una fracción de la UPC que se reasegura para eventos de alto costo, así como los recursos del FOSYGA para enfermedades catastróficas, que van más allá de los contenidos del POS, y accidentes del tránsito (ECAT).
- ³³ Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Unidad de Desarrollo Social. Encuesta de caracterización socioeconómica (CASEN), 1993. Santafé de Bogotá, D.C.: DNP/Misión Social, 1993.
- ³⁴ Ministerio de Salud. Manual de acreditación para instituciones hospitalarias. Bogotá 1995.
- ³⁵ Ministerio de Salud. Dirección de la prestación de los servicios de salud. Bogotá, Mayo 2002.
- ³⁶ Departamento Nacional de Planeación DNP. Indicadores de coyuntura económica. 2000.
- ³⁷ Ordoñez, S. Sistema Nacional de Seguridad Social en salud. Situación Actual y Perspectivas, Octubre 2001. (mimeo)
- ³⁸ Jaramillo, Ivan. Evaluación del régimen subsidiado en salud. Coyuntura en 1998. FESCOL-CORONA.
- ³⁹ OPS, Programa de Políticas Públicas y Salud. División de Salud y Desarrollo, 1999.
- ⁴⁰ Málaga, H. Perspectivas de la epidemiología a la reforma de la seguridad social. 1998
- ⁴¹ Jaramillo, I. Evaluación del régimen subsidiado.
- ⁴² Ministerio de Salud. Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes, 1998–1999. Santafé de Bogotá; julio de 1999 (copia magnética): 4 y 6.
- ⁴³ Ibid.
- ⁴⁴ Ibid.
- ⁴⁵ Defensoría del Pueblo. Encuesta Nacional de Calidad. Bogotá, Colombia, 2000.
- ⁴⁶ Ministerio de Salud Evaluación del Equilibrio Financiero en el SGSSS. Enero del 2002.
- ⁴⁷ Ministerio de Salud. Informe al Congreso de la República, Junio del 2001
- ⁴⁸ Ministerio de Salud. Informe al Congreso de la República, Junio del 2001
- ⁴⁹ Ministerio de Salud. Informe al Congreso de la República, Junio del 2001