

6

Resumen de la

visión 2019 y

consideraciones

iniciales para la

discusión

Síntesis general

Visión Colombia 2019 es una propuesta de gobierno que pretende a través de una amplia discusión ser de Estado, es un documento que está al alcance de todos los ciudadanos colombianos sin importar su color político o distingo social; con este documento se pretende, que, más allá de las diferencias políticas e ideológicas los colombianos nos pongamos de acuerdo en cuál es el país que queremos para el 2019 y en las políticas y estrategias a seguir para conseguirlo.

Este documento como punto de partida, plantea una discusión abierta y ordenada; es una invitación a los partidos y movimientos políticos, a la academia, a los gremios, a la dirigencia regional, a los sectores sociales y a los ciudadanos; para construir propuestas y plantear soluciones que permitan definir y alcanzar el país que los colombianos queremos tener en el segundo centenario de nuestra independencia.

Esta propuesta se organizó en torno a dos principios fundamentales:

1. Consolidar un modelo político profundamente democrático, sustentado en la libertad, tolerancia y fraternidad.
2. Afianzar un modelo socioeconómico sin exclusiones, basado en la igualdad de oportunidades y con un Estado garante de la equidad social.

Estos principios se desarrollan en 4 grandes objetivos:

1. Una sociedad más igualitaria y solidaria.
2. Una sociedad de ciudadanos libres y responsables.
3. Un estado al servicio de los ciudadanos.

4. Una economía eficiente que garantice el bienestar.

Gestarsalud ha planteado la necesidad de abrir un espacio de discusión para el sector salud, para lo cual se desarrollará un grupo de talleres con el Centro de Proyectos para el Desarrollo–Cendex como unidad académica. El tema de salud corresponde al desarrollo de la propuesta para la estrategia *Cerrar las brechas sociales*, que hace parte del segundo objetivo: una sociedad más igualitaria y solidaria.

El objetivo aspira que para 2019 todos los colombianos tengan igualdad de oportunidades en el acceso y en calidad a conjunto básico de servicios. Se busca una seguridad social equitativa y solidaria y mecanismos de asistencia social efectivos.

Las metas en salud más destacables son: aumentar la esperanza de vida al nacer de los colombianos a 76,5 años (hoy 72,2); afiliar a la seguridad social en salud al 100% de los colombianos (hoy 66% en el subsidiado); equipara el plan de beneficios de los dos regímenes (hoy una brecha de 44%); reducir la mortalidad infantil a 14 por mil nacidos vivos (hoy 24,4).

Para el logro de estas metas se requiere, entre otras acciones, un incremento permanente de la eficiencia del gasto social y una mejora continua en su focalización. Se debe generar la información que permita focalizar el gasto hacia los más pobres y realizar evaluaciones periódicas de los programas. Para que la información sea pertinente deberá ser pública y en tiempo real. Asimismo, es necesario consolidar el Sistema de Protección Social (SPS), a través del cual se busca proteger a la población más pobre y vulnerable, mediante el desarrollo de instrumentos de prevención y asistencia social.

La situación actual según el documento

Los cambios en la estructura demográfica del país plantean retos importantes en materia de política social. Desde la segunda mitad del siglo pasado la población colombiana se ha incrementado y ha tendido a concentrarse en la zona urbana. La composición por edades muestra un cambio hacia una mayor importancia relativa de la población de 65 años y más, y de la población en edad productiva (15 a 64 años) con respecto a los menores de 14 años. Los cambios en volumen y estructura de la población adquieren gran importancia, toda vez que determinan la composición de la demanda por bienes y servicios sociales

Pese a los avances logrados, los programas del sector social presentan deficiencias en coberturas, acceso y calidad, mucho más acentuados entre la población pobre y entre los habitantes de las zonas rurales. Aunque el país ha logrado avances significativos en la última década en materia de educación básica y seguridad social en salud, aún no se llega al objetivo deseado de cobertura universal. Se presentan déficit importante en atención en salud.

A pesar de las mejoras en las tasas de mortalidad infantil, mortalidad materna, nutrición y vacunación, existen todavía retos importantes: el déficit estimado de cobertura en seguridad social en salud alcanza cerca de 40% de la población, lo que impide que los logros alcancen mayores proporciones. En la medida en que se avance en la ampliación de la cobertura se deben canalizar esfuerzos para mejorar las condiciones de acceso y proteger los derechos de los usuarios, para lo cual será fundamental la adecuada regulación del mercado de aseguramiento y la vigilancia y control efectivos.

En materia de asistencia social, históricamente Colombia desarrolló programas que se caracterizan por su alta segmentación y proliferación, debido a que tienen como objetivo grupos poblacionales heterogéneos, con diferentes tipos de carencias y vulnerabilidades. Estos programas muestran problemas en su diseño institucional, en la medida en que su formulación y puesta en marcha es responsabi-

dad de una amplia gama de instituciones del orden nacional, territorial, del sector público y privado. Esta dispersión limita la definición de políticas y objetivos claros, así como la focalización adecuada y la evaluación de su impacto. Esto a su vez ha promovido la conformación de un esquema de financiamiento cuyas características principales son la diversidad y desarticulación de las fuentes de recursos.

Por último, en materia de financiamiento, el gasto público social (GPS) ha venido creciendo de manera permanente, pasando de representar, sin incluir pensiones, 3,7% del PIB en 1990 a 8,1% en 2004.

Con estos importantes niveles de financiamiento, el reto es mejorar la eficiencia y equidad (focalización del gasto), lo cual implica continuar con las reformas iniciadas en sectores como el de salud (incluyendo la transformación de subsidios y la reestructuración hospitalaria).

Visión y principios fundamentales

En 2019 todas las personas, sin importar sus condiciones específicas, tendrán iguales oportunidades y contarán con los recursos necesarios para construir una vida creativa y productiva, conforme a sus necesidades, capacidades personales e intereses. Se dará prioridad a los grupos de población más vulnerables, para lograr que todas las personas tengan la posibilidad de ejercer sus derechos de manera libre y responsable.

La estrategia de cerrar las brechas sociales se construye sobre ocho principios básicos:

1. Universalidad en los beneficios de la política social, teniendo en cuenta las necesidades e intereses de los colombianos.
2. Igualdad en el acceso y la calidad de los servicios, sin distinción de las condiciones socioeconómicas, políticas o culturales.
3. Equidad, a través del tratamiento prioritario de aquellos grupos y hogares que viven en condición de pobreza y vulnerabilidad.

4. Transparencia y control de la gestión y de los resultados de las instituciones del Estado, la sociedad civil y los ciudadanos, para garantizar que los esfuerzos se orienten efectivamente al logro de los principios y objetivos trazados.
5. Solidaridad, como práctica de mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades, de manera que aquellos en mejores condiciones económicas contribuyan al bienestar de los menos favorecidos.
6. Integralidad en la organización y provisión de beneficios y servicios, frente a los objetivos de la política social de fortalecer y proteger el capital humano y disponer de mecanismos de protección frente a contingencias que alteren el bienestar de los hogares.
7. Eficiencia, como el mejor uso social y económico de los recursos administrativos, humanos, técnicos y financieros disponibles, para que los beneficios y servicios sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.
8. Calidad, como la prestación adecuada y satisfactoria de servicios entregados, en condiciones de racionalidad técnico-científica, financiera y administrativa.

Para lo anterior, se requiere dar respuesta a cuatro desafíos fundamentales:

1. Aumentar la eficiencia del gasto social, para que los mayores recursos se traduzcan en mejores resultados en cobertura y calidad.
2. Mejorar la focalización del gasto.
3. Consolidar un sistema de protección social, que contribuya eficazmente a fortalecer y proteger el capital humano y el ingreso de los hogares y a reducir su vulnerabilidad.
4. Generar la información necesaria para focalizar el gasto hacia los más necesitados, hacer seguimiento y realizar evaluaciones periódicas a los programas. Esta información deberá ser en tiempo real y pública.

En el nivel estratégico, la consolidación del Sistema de Protección Social (SPS) y su articulación con

las políticas en materia educativa será la principal herramienta para alcanzar los propósitos aquí planteados.

En tal sentido, se deberá concretar su diseño y puesta en marcha, de manera que el país cuente con mecanismos adecuados para:

- Consolidar financieramente y operativamente los avances en materia de seguridad social en salud.
- Desarrollar, articular, evaluar y mejorar los instrumentos de asistencia social, tanto aquellos dirigidos a la población estructuralmente pobre, como aquellos dirigidos a grupos vulnerables frente a riesgos o situaciones de crisis.
- Evaluar y mejorar el tipo de subsidios e incentivos otorgados a los hogares y sus mecanismos de focalización y entrega.

Metas en demografía, salud y protección social

- Meta 1: Reducir la tasa de crecimiento poblacional.
- Meta 2: Lograr la cobertura universal en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Meta 3: Reducir la mortalidad materno-infantil y las enfermedades transmisibles y mejorar la salud sexual reproductiva.
- Meta 12: Articular el Sistema de Protección Social (SPS).

La visión de la demografía

En particular, las metas demográficas tienen como objetivo reducir la tasa de crecimiento poblacional. A pesar de las diferentes percepciones que puedan existir sobre los efectos en el crecimiento económico, en general hay consenso respecto a que la mayor fecundidad, el mayor número de hijos y el mayor tamaño de los hogares, incide directamente sobre la pobreza y la mala distribución del ingreso. Reducir la tasa de crecimiento de la población implica establecer metas para disminuir la tasa de natalidad, que continúa siendo elevada, especialmente entre la población más pobre.

Es indispensable plantear una política de población que permita lograr estas metas, en el marco de la actual política de salud sexual y reproductiva, coordinada por el Ministerio de la Protección Social. Para ello es necesario tener en cuenta los siguientes lineamientos:

- El MPS será el encargado de coordinar la formulación, elaboración y seguimiento de la Política Poblacional, con el concurso del MEN, las entidades descentralizadas del sector de la protección social y el Ministerio de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial (MAVDT).
- La política de población deberá:
 - ♣ Mejorar la calidad de la información a nivel nacional y regional para el seguimiento de las políticas demográficas y socioeconómicas.
 - ♣ Favorecer los procesos de desarrollo humano que propicien una conducta reproductiva responsable, que conduzcan al descenso de la fecundidad y reduzcan la natalidad, particularmente en aquellas regiones y grupos sociales más pobres.
 - ♣ Garantizar el acceso a métodos modernos de planificación, como parte de los planes de beneficios de la seguridad social en salud y para la población que transitoriamente no cuente con el seguro de salud. Además de eliminar las barreras de acceso a los servicios de orientación en planificación familiar, se deberá promover su demanda. Asimismo, sobre la base de una adecuada evaluación del costo-beneficio de los potenciales efectos adversos de los métodos hormonales, particularmente de los anticonceptivos orales, se debe pensar en la posibilidad de masificar su consumo, eliminar la restricción a su venta libre y a hacerles publicidad.
 - ♣ Subsidiar el acceso a métodos quirúrgicos de planificación para hombres y mujeres que así lo deseen, en particular entre las regiones y zonas más pobres, preservando el enfoque de equidad de género y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos.
- ♣ Poner especial énfasis en el fomento del uso de métodos modernos de planificación familiar y en el ejercicio de una sexualidad responsable, entre la población adolescente.
- ♣ Revisar los contenidos y medios de educación sexual y reproductiva, y capacitar adecuadamente al cuerpo docente, promoviendo espacios abiertos de discusión y reflexión sobre dicha realidad.
- ♣ Reducir los niveles de morbi-mortalidad en todos los grupos etáreos de la población, dando especial importancia a la disminución de la mortalidad neonatal y la mortalidad infantil y materna.
- ♣ Contribuir a la desaceleración de la demanda ambiental, mediante el estímulo a la reducción de las tasas de crecimiento poblacional y una mejor distribución de la población en el territorio.
- ♣ Mantener informada a la sociedad y darle las herramientas necesarias para que ejerzan sus derechos fundamentales a la libre decisión de la pareja sobre el tamaño deseado de la familia, la supervivencia personal y la de sus descendientes y su movilidad geográfica en busca de mejores oportunidades de desarrollo personal y familiar.
- ♣ Mejorar el conocimiento y difusión de los temas de población mediante el desarrollo y actualización de sistemas de información demográfica y la formación de los recursos humanos que lleven a cabo la integración de los factores demográficos con las estrategias de desarrollo del país.

Reflexiones iniciales sobre demografía

En el documento se lee que “la reducción de las actuales desigualdades demanda esfuerzos particulares desde la Nación junto con aquellas entidades territoriales que muestran mayores déficit en los indicadores”. Además, el objetivo de alcanzar al 2019 “una sociedad más igualitaria y solidaria” tie-

ne como una de sus estrategias a desarrollar la de “cerrar brechas sociales y regionales”.

Lo anterior hace pensar que las metas han debido apuntar hacia la disminución de las brechas de indicadores de mortalidad y de crecimiento poblacional entre regiones, departamentos, municipios, en lugar de presentarse metas de disminución en indicadores medidos sólo en el ámbito nacional.

Indicadores de inequidades interdepartamentales, como el coeficiente de Gini para tablas de vida, más que la esperanza de vida nacional, reflejan con gran sensibilidad las diferencias subnacionales y podrían utilizarse para expresar una meta de disminución de brechas en mortalidad.

1. ¿Por qué no se presentan indicadores de disminución de las desigualdades interregionales, interdepartamentales e intermunicipales?
2. ¿Cómo se puede garantizar que las brechas sociales entre regiones, departamentos y municipios disminuyen si sólo se aspira a lograr disminuciones en los indicadores nacionales?
3. ¿Cómo expresar los cambios que se proponen en el ámbito nacional para los ámbitos subnacionales?
4. ¿Es factible proponer cambios similares para todos los departamentos, regiones o municipios?

La salud pública

El logro de las metas planteadas para salud pública (Tabla 1) tiene una alta incidencia sobre las condiciones de pobreza e inequidad. Entre estas últimas se destacan la reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil, el incremento en el acceso y uso de métodos modernos de planificación familiar, con especial énfasis en adolescentes, la reducción de la mortalidad por cáncer de cérvix y enfermedades transmitidas por vectores (dengue, malaria) y el control de la epidemia de VIH-Sida. Algunas metas en salud pública exigen acciones específicas, a saber:

- En prevención y reducción de la desnutrición infantil, resulta indispensable la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna temprana y exclusiva, junto con la consolidación del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición.
- En el control de las enfermedades de transmisión sexual, las estrategias se deben enfocar a la conformación de redes regionales y locales de vigilancia epidemiológica, la coordinación de programas de capacitación en educación media para la promoción y prevención en salud sexual y reproductiva e infecciones de transmisión sexual, y la actualización de las guías de prevención y atención integral.
- En el control de enfermedades transmitidas por vectores (ETV) y vacunación, se debe fortalecer y garantizar la eficacia de las estrategias probadas en la gestión de dichos programas. La vigilancia y monitoreo de coberturas en el caso de la vacunación y de los factores de riesgo en el caso de las ETV son fundamentales.

Tabla 1
Meta 3. Mejorar indicadores de salud pública

Metas	Situación actual	2010	2019
Aumentar la cobertura de vacunación a 95% (todas las vacunas)	93%	95%	95%
Reducir la mortalidad infantil (muerte de niños menores de un año por 1.000 nacidos vivos)	24.4	21	14
Reducir la mortalidad de la niñez en 56% (muertes de niños por 1.000 niños menores de cinco años)	28	23	16,4
Reducir la mortalidad materna en 70% (muertes maternas por 100.000 nacidos vivos)	100.1	63	28.8
Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa a 78%	64%	71%	78%
Incrementar la prevalencia de uso de métodos de anticoncepción entre la población femenina no unida y sexualmente activa de 15 a 19 años	64%	71%	78%
Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido 19.1% madres o están en embarazo, manteniendo esta cifra por debajo de 15%	<15%	<15%	
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 4.5 por 100.000 mujeres	10.9	7	4.5
Reducir desnutrición global de niños menores de 5 años a 4.5%	6.7%	5.7%	4.5%
Mantener prevalencia general de infección por VIH, por debajo de 1.2%	<1.2%	<1.2%	<1.2%
Reducir en 85% las muertes por malaria	227	117	34
Reducir en 93% las muertes por dengue	229	108	17

Reflexiones iniciales sobre la salud pública

La salud pública es, en el orden práctico, el conjunto de acciones, fundamentalmente preventivas y oportunas, con las que la sociedad organizada y dirigida por el estado, enfrenta los riesgos y amenazas contra la salud para poder vivir sanamente. La salud es pública porque incluye el esfuerzo social-comunitario organizado y porque su objetivo es la población como un todo. La participación social ha ido aumentando gradualmente en la misma medida en que la prevención y atención oportunas van sustituyendo en importancia a la lucha contra epidemias y eventos catastróficos. El incremento en el conocimiento científico de las fuentes y modalidades de control de enfermedades y la aceptación pública de la posibilidad real de este control y de la responsabilidad colectiva en lograrlo, explican lo anterior.

Como disciplina científica, la salud pública aglutina profesionales de varias áreas del conocimiento que tienen como intención común entender las causas de las enfermedades, su distribución en las poblaciones y la identificación y desarrollo de nuevas técnicas de prevención, control de enfermedades y promoción de la salud.

Desde el punto de vista organizacional, la estructura formal del gobierno (Ministerio de Salud, Institutos de Investigaciones, Red de Laboratorios de Salud Pública) debe garantizar que las actividades de salud pública sean realizadas con el esfuerzo gubernamental en asociación con organizaciones académicas públicas y privadas, gremios y otras organizaciones voluntarias e individuales.

Las funciones del gobierno en Salud Pública son, principalmente:

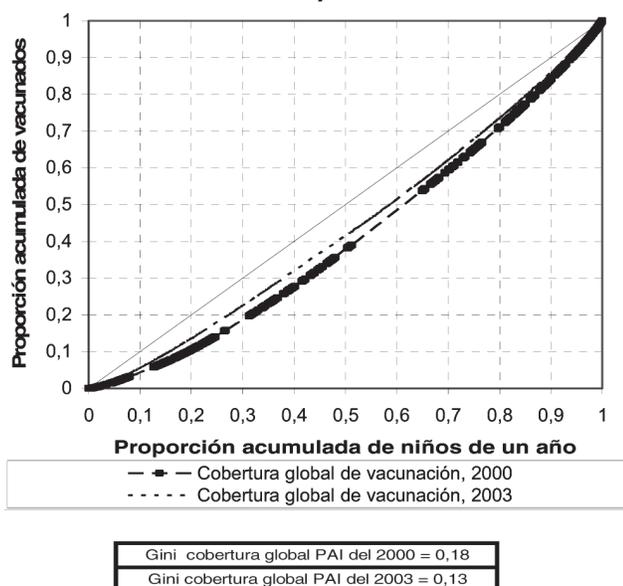
- La identificación de los problemas de salud, el diagnóstico poblacional, la identificación de necesidades, análisis de las causas, búsqueda de casos, seguimiento y pronósticos, evaluación e investigaciones que se requieran.

- El diseño y desarrollo de políticas para la movilización social, de recursos y la calidad de los procesos.
- Garantizar que la población pueda acceder a los servicios que requiere.
- A lo largo del ejercicio de cumplimiento de estas funciones se debe implementar un sistema de información para el control y vigilancia permanentes de los procesos.

El grado de descentralización gubernamental debe ser balanceado de forma que los aspectos de regulación y control pueden ser centralizados mientras que funciones que involucran más a la comunidad y que dependen de las situaciones geográficas particulares pueden ser descentralizadas.

Dentro de los temas priorizados en las metas de salud pública del documento “Visión Colombia 2019” se encuentran las coberturas de vacunación, el cual es un tema controversial. Así, las encuestas nacionales de demografía y salud, realizadas por PROFAMILIA han revelado que si bien para el año 2000 se encontró una disminución del porcentaje de niños menores de dos años que recibieron el esquema completo de vacunación, de un 66% a un 52% entre 1995 y el año 2000, entre 1990 y 1995 no se habían observado grandes cambios en las persistentes bajas coberturas de vacunación para la globalidad de la infancia colombiana. Un estudio reciente ha demostrado inequidades en las coberturas de vacunación infantil entre los municipios de Colombia, para el conjunto del esquema de inmunizaciones y según el tipo de biológico. Se ha incrementado el número de entidades con brechas de cobertura con respecto al valor nacional entre el año 2000 y el 2003. Los índices y curvas de concentración de las coberturas de vacunación muestran la persistencia de desigualdades entre los municipios, aunque se logran mejorías al pasar de un coeficiente de Gini de 0,18 a 0,13 entre el 2000 y el 2003.

Gráfica 33. Coeficiente de Gini y Curva de Lorenz de las coberturas municipales del PAI, Colombia, 2000 y 2003



Los bajos niveles de cobertura encontrados en el anterior estudio son consistentes con el último informe de la ENDS del 2005, el cual reveló que sólo un 58% de los niños entre 12 y 23 meses de edad habían recibido el esquema completo de vacunación.

En algunos informes se muestra la tendencia al aumento de enfermedades inmunoprevenibles como sarampión y fiebre amarilla. Esto puede traducir una falta de control y vigilancia efectiva que permita anticipar acciones para mejorar coberturas de vacunación con campañas dirigidas por el gobierno central y así disminuir la incidencia de estas enfermedades. Es evidente que con respecto a fiebre amarilla las coberturas descendieron y además también disminuyó el control y vigilancia de posibles infectados lo cual desencadenó la tendencia creciente de casos hasta la epidemia de años pasados de la cual, por cierto, no sabemos aún si mostró signos de urbanización de la enfermedad o no, lo cual sería muy importante esclarecer para la toma de decisiones.

Dentro del tema de la mortalidad infantil son relevantes por su alta incidencia y ser clasificados como causa de mortalidad prevenibles: la infección respiratoria aguda (IRA) y la enfermedad diarreica aguda (EDA). Esas enfermedades son consideradas

trazadoras y son ampliamente utilizadas para el seguimiento y evaluación del desempeño de acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud de los niños.

De manera preocupante, en el ámbito nacional, la enfermedad diarreica aguda persiste como una de las principales causas de mortalidad en menores de cinco años de edad. Para el año 2000 la EDA ocupó el sexto lugar entre las causas de mortalidad en menores de un año, con una tasa de 182,8 muertes por 100.000 nacidos vivos; a su vez, para el grupo de 1-4 años, esta patología ocupó el segundo lugar, con una tasa de 32,5 por 100.000 niños.

Con respecto a la enfermedad diarreica aguda (EDA), su mal manejo puede desencadenar deshidratación y conducir al niño pequeño a la muerte. En consecuencia, el aumento del conocimiento y el fomento de la práctica de la hidratación de los infantes con sales de rehidratación oral y la utilización oportuna de servicios de salud, ante la identificación de signos de alarma, son las medidas recomendadas para disminuir la mortalidad por EDA.

A su vez, para el año 2000, la infección respiratoria aguda ocupó en Colombia, el tercer lugar entre las causas de muerte en menores de un año, con una tasa de 255,5 muertes por 100.000 nacidos vivos; mientras que, para el grupo de niños entre 1 y 4 años, la IRA ocupó el primer lugar con una tasa de 53,6 muertes por 100.000 niños de ese grupo poblacional.

La principal complicación y mortalidad por la infección respiratoria aguda (IRA) es la neumonía. Por lo tanto, se considera que el promover el conocimiento de los signos de alarma y el fomentar el tratamiento oportuno y adecuado de la IRA son medidas primordiales para disminuir la mortalidad por esta causa, lo cual redundará adicionalmente en la disminución de la mortalidad general en los menores de cinco años de edad.

Son considerados como factores protectores que contribuyen a la prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia: la vacunación infantil y

la lactancia materna. La vacunación infantil, es una intervención de comprobada costo/efectividad y beneficia tanto a los niños inmunizados, como a la sociedad en su conjunto. Las enfermedades inmunoprevenibles son contagiosas y la aparición de un brote infeccioso amenaza no sólo la vida de los niños afectados, sino también la salud de todos los niños susceptibles y adultos (por ejemplo la rubéola en las embarazadas que puede desencadenar en daños para el bebé).

La leche materna se considera el método de alimentación infantil más sencillo, sano y sin costo, al contener los minerales y nutrientes adecuados para los seis primeros meses de vida. Los beneficios de la lactancia materna sobre la salud infantil son amplios, destacándose la participación en la disminución de la mortalidad infantil al asociarse con menos episodios de diarreas, infección respiratoria aguda y otras enfermedades infecciosas. Por ello se recomienda amamantar al niño de forma exclusiva hasta los seis meses de edad y continuar hasta los dos años de edad, incluyendo otros alimentos complementarios en ese período adicional.

En cuanto a la salud de la mujer, según los resultados de mortalidad recientes, el cáncer de cuello uterino sigue siendo una de las principales causas de muerte en mujeres entre 30 y 69 años de edad. Sin embargo, según estos datos, las tasas de muerte han disminuido entre el año 1993 y 2000 lo cual podría estar reflejando mejores coberturas de citología vaginal y, por consiguiente, atención más temprana de esta enfermedad disminuyendo así su letalidad. De hecho, si se observan los resultados publicados por PROFAMILIA en su encuesta realizada en 1990 y los del Ministerio de Salud y el Cen-

tro Nacional de Consultoría en 1998, se evidencia un incremento sustancial en la proporción de mujeres, entre 20 y 69 años, que alguna vez se ha tomado una citología vaginal (66,8% en 1990 y 80,9% en 1998). También se observa un importante aumento en la proporción de mujeres entre 18 y 69 años que declaran haberse hecho al menos una citología vaginal en los últimos tres años, cuando se comparan los resultados del estudio realizado por el Instituto de Seguros Sociales, PROFAMILIA y el Instituto Nacional de Cancerología en 1993 (59,3%) y la encuesta del Ministerio de Salud y Centro Nacional de Consultoría arriba referenciada (68,5%).

1. ¿Cuáles son las intervenciones requeridas para mejorar la situación de salud pública?
 - ♣ En las áreas de salud infantil: especialmente en los temas de mortalidad y vacunación.
 - ♣ En el área de salud materna: en lo temas de CA cérvico-uterino, embarazo adolescente y mortalidad materna.
 - ♣ En el área de enfermedades transmisibles: en los temas de malaria y dengue y ETS como el VIH.
2. ¿Las metas propuestas para el 2019, son factibles y bajo qué condiciones?
3. ¿Por qué no se plantean metas, análisis de diferencias e intervenciones segmentadas por regiones?
4. ¿Las metas propuestas corresponden a problema de salud prioritarios en las diversas áreas propuestas o es necesario incluir otros temas?

Universalización del aseguramiento y financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud

La política fundamental para el logro de la equidad y el mejoramiento de los estados de salud es la universalización del aseguramiento y la equiparación de los planes de beneficios del régimen subsidiado y contributivo (Tabla 2). Esto permitirá, en primera instancia, reducir la brecha entre las poblaciones con diferentes capacidades de pago y, en segundo término, impactar las metas en salud pública que se proponen en este documento.

En materia de universalización del aseguramiento y ampliación de los planes de beneficios, las principales estrategias están dirigidas a consolidar la focalización individual, como instrumento de garantía de equidad hacia los más pobres, y el afianzamiento en términos de eficiencia y equidad de la estructura de financiamiento del sistema de seguridad social en salud.

Las acciones en materia de financiamiento del SGSSS incluyen la definición e implementación de incentivos para recaudar nuevos recursos a partir de la afiliación de la población con capacidad de pago y el uso más eficiente de los recursos del sector actualmente disponibles. Para lo anterior, se hace necesario reducir la evasión y elusión de los aportes al régimen contributivo; construir e implementar alternativas de afiliación al régimen contributivo o subsidiado para trabajadores independientes no pobres con relativa capacidad de pago; y ajustar y actualizar la estructura tributaria de la explotación de los juegos de suerte y azar.

El uso más eficiente de los recursos requiere tres acciones fundamentales:

- Afianzar el proceso de reestructuración y modernización de las redes de hospitales públicos,

con el fin de que logren su autofinanciamiento a partir de la venta de servicios.

- Rediseñar e implementar la metodología de reasignación de recursos de subsidios de oferta hacia subsidios a la demanda.
- Dotar a las entidades territoriales de instrumentos eficientes de contratación y pago de servicios, auditoría clínica y de cuentas e incrementar su capacidad fiscal destinada al financiamiento del seguro de salud. Esto último hará que el subsidio a la oferta se constituya en un mecanismo complementario, sólo para garantizar los servicios básicos donde las condiciones del mercado no funcionen o sean monopólicas y la sostenibilidad financiera de los prestadores públicos se vea comprometida por el tamaño del mercado.

Por otro lado, el logro de los resultados esperados en salud a través del aseguramiento está condicionado a la transformación institucional de los diferentes niveles de gobierno para poner en marcha un esquema de regulación, inspección, vigilancia y control, con el fin de lograr que las entidades aseguradoras y prestadoras de servicios realicen eficientemente sus funciones, evitando las barreras en el acceso a los servicios y la segmentación regional y poblacional.

La regulación en el SGSSS ha sido errática e inconsistente en muchos casos, olvidando el objetivo primordial de garantizar condiciones transparentes para la operación de los mercados y las garantías para los usuarios, frente a los intereses particulares de los agentes. Se hace necesario revisar la pertinencia del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como ente regulador y procurar mecanis-

mos más acordes con dicha función a través de una instancia técnica, blindada de los grupos de interés y cuyo objetivo fundamental sea la consecución de mejores niveles de eficiencia, calidad y acceso a los servicios.

El esquema de inspección, vigilancia y control deberá orientarse a la protección de los derechos de los usuarios. La especialización de funciones a través de dependencias delegadas en la Superintendencia de Protección Social y un grado adecuado de descentralización en los niveles territoriales son necesarios.

Este ajuste institucional deberá complementarse con mecanismos de difusión de información a los usuarios, con el fin de promover el conocimiento y apropiación de sus derechos y deberes, así como el conocimiento objetivo de la calidad de los servicios que les permitan tomar decisiones informadas. Esto contribuirá a la depuración del mercado y al mejoramiento de la eficiencia y la calidad.

Es necesario continuar los esfuerzos en la consolidación del sistema de garantía de la calidad, en los componentes de habilitación y acreditación, creando condiciones efectivas para el ejercicio real de la función de aseguramiento y la calidad en la prestación del servicio. El mejoramiento de la calidad e idoneidad del recurso humano en salud, técnico y profesional de los niveles asistencial y administrativo es esencial. Deberán desarrollarse proyectos de recertificación y reentrenamiento laboral por competencias. Finalmente, se debe avanzar en la definición de lineamientos técnicos e incentivos en materia de uso y renovación tecnológica para la prestación de servicios de salud.

La gestión del Estado como principal responsable de los programas de salud pública se convierte

en un condicionante directo del logro de las metas del sector. En este sentido, el fortalecimiento técnico e institucional para la gestión de salud pública de los diferentes niveles de gobierno que conforma el Estado se convierte en una prioridad estratégica para dicho efecto.

Las principales acciones que en materia de fortalecimiento de gestión pública debe alcanzar el país deberán estar encaminadas hacia la consecución de cuatro condiciones en materia epidemiológica:

- Diseño de instrumentos para su seguimiento y vigilancia.
- Consolidación del sistema de información.
- Promoción a la investigación.
- Capacitación del recurso humano.

El Estado no debe descuidar su papel como gestor de programas de salud pública que permitan alcanzar los resultados esperados en salud, a través de programas de promoción y prevención. Tampoco los agentes dentro del SGSSS (aseguradores y prestadores) pueden autoexcluirse de la responsabilidad social frente a la salud pública, particularmente en la generación y reporte oportuno de información y en la ejecución efectiva de programas con altas externalidades (vacunación, planificación familiar, salud materna, control de Enfermedades Transmitidas por Vectores-ETV14, cáncer de cérvix y otros definidos como prioritarios por el MPS). El Estado debe promover, ejecutar y potenciar estrategias de comunicación y educación masiva con el fin de informar y educar a la sociedad en el ejercicio de sus deberes y derechos en salud y lograr cambios culturales en los comportamientos de riesgo.

Tabla 2
Lograr la cobertura universal en el SGSSS

SALUD

Metas	Situación actual	2010	2019
Incrementar la afiliación al régimen subsidiado a 100%	66%	100%	100%
Igualar el plan de beneficios del régimen subsidiado al del contributivo	56%	56%	100%

Reflexiones iniciales sobre universalización y equiparación

El logro de la equidad en la población como objetivo último de la meta la cobertura universal del sistema. La cobertura universal del aseguramiento es formulada como la política de Estado hacia la cual se dirigirán los esfuerzos durante los siguientes 14 años. Conjuntamente con la reducción de la mortalidad materno-infantil, las enfermedades transmisibles y la salud sexual reproductiva son los únicos objetivos del sector salud consignados en la visión.

La meta planteada de cobertura universal es descompuesta en dos metas operativas: 1. Universalización del aseguramiento, y 2. Equiparación de los planes de beneficio del régimen subsidiado y contributivo. Se busca reducir la brecha entre poblaciones con diferente capacidad de pago, e impactar las metas en salud pública.

El proceso para cumplimiento de la meta se programa de manera secuencial. Para el 2010 se alcanzaría el 100% de la afiliación de la población, manteniendo la segmentación de planes de beneficios. Entre el 2006 y 2010, se debería lograr la equiparación de los contenidos entre los planes de beneficios del régimen subsidiado y contributivo.

La profundización del esquema de aseguramiento social se mantendría como la política fundamental para el desarrollo del sector salud y los objetivos de cierre de los objetivos de la reforma de salud de 1993. Las estrategias postuladas para el logro, se reducen a dos: 1. Consolidar el sistema de focalización de población y 2. Apuntalar la estructura de financiamiento del sistema. Detrás de la primera, subyace el mantenimiento en el largo plazo del sistema de subsidios a la demanda en la población más pobre y de la segunda, proyectar un financiamiento hacia el crecimiento en subsidiariedad y la profundización de un sistema sustentado en la solidaridad, con la orientación de los recursos del Estado hacia el financiamiento de la demanda.

¿Qué tan factible es el logro de cobertura universal?, algunas estimaciones sobre requerimientos de recursos adicionales de financiamiento para cobertura universal, efectuados en el 2005 sitúan este valor en 8.3 billones de pesos, de los cuales \$5.7 billones corresponden a la ampliación a cobertura integral de la población no asegurada, \$2.2 billones a la equiparación de planes de beneficio de los afiliados a régimen subsidiado y \$ 0.5 billones a la equiparación de planes de los beneficiarios a subsidios parciales (Ruiz, 2005). Llegar a Cobertura Universal implica incrementar el financiamiento del sistema en casi un 57% adicional sobre los \$14 billones que representa el financiamiento del sistema, en las condiciones actuales de la estructura del gasto (Acosta, 2004).

El documento basa el logro de la financiación para cobertura universal en la combinación de mayores recaudos y racionalización de los recursos disponibles, concretamente en tres aspectos: 1. Reducción de evasión y elusión, 2. Incentivos a la afiliación al régimen contributivo de trabajadores independientes y 3. Mayor tributación derivada de los juegos de azar. Según las dos primeras fuentes, se recurrirá al financiamiento privado como fuente primordial para la universalización, dadas las limitaciones demostradas hasta ahora en la tributación de juegos de azar y la relación entre los requerimientos de financiación anteriormente enunciados y la limitada capacidad que los diferentes gobiernos han mostrado para movilizar hacia la salud recursos diferentes a los del SGP. De hecho, la financiación de por parte de los juegos de suerte y azar difícilmente superará los \$130,000 millones para el año 2006, situación que debilita la potencialidad efectiva de esta fuente frente a las necesidades de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las limitaciones al logro efectivo de mayores ingresos al sistema son evidentes: 1. Con un nivel de gasto en salud que oscila alrededor del 9% del PIB, sustentar un crecimiento en el gasto público es cuestionable en una sociedad con importantes restricciones presupuestarias y diversos objetivos sociales no cubiertos, 2. El mecanismo de financiamiento a partir del gasto privado supone estabilidad en los

ingresos y control del efecto de los ciclos económicos sobre los ingresos de los trabajadores independientes, los cuales conforman la mayor proporción de no vinculados a la seguridad social en salud. Igualmente es incierta la proyección de los mayores ingresos esperados por la carencia de información suficiente sobre los excedentes financieros de dicho grupo poblacional su potencial orientación hacia la contribución.

La otra opción para mejorar el financiamiento del sistema plantea el uso más eficiente de los recursos ya destinados al sector. Esta opción tiende a generar resistencia, particularmente desde el mismo sector público: 1. Existe evidencia de los altos costos de transacción en las operaciones de aseguramiento debido a la fragmentación del sistema de contratación en el régimen subsidiado, asimilado al esquema municipal, sin embargo cada esfuerzo para racionalizar el esquema ha sido políticamente contrarrestado, 2. La evidencia de sobreoferta en infraestructura hospitalaria pública y privada, particularmente en los primeros y segundos niveles de atención y en algunos servicios de alta complejidad, igualmente, ha enfrentado la resistencia desde los diferentes estamentos políticos y económicos, que los diferentes gobiernos no han abordado de manera eficaz. 3. Las necesidades de financiación para la reestructuración de hospitales públicos son muy altas y aún se requiere un mayor desarrollo en el abordaje de las redes de servicios.

Se plantean dos dudas frente a la estructura del sistema. 1. El actual segmentamiento del sistema de aseguramiento (contributivo-subsidiado-especiales), explícito desde la Ley 100, el objetivo de la equiparación entre planes de beneficios implica la progresividad del sistema desde los planes de beneficio de menor al de mayor cobertura de servicios (contributivo). Evidencia reciente muestra que no se puede asimilar la extensión del plan de beneficios a la cobertura efectiva de riesgos de la población asegurada, ya que el plan de beneficios del régimen subsidiado parece ser más efectivo en la cobertura de los riesgos, medidos en utilización y gasto de bolsillo (Ruiz, et al, 2006), 2. No es posible hablar en el consumo de salud de una brecha de consumo o gasto entre poblaciones o grupos de ingresos sin

ajustar de acuerdo a la demanda y la disponibilidad a pagar por servicios, la cual varía de manera significativa entre poblaciones. Puede ser erróneo pensar que al igual que un sistema centralizado, el Estado puede regular niveles de consumo a través de la equiparación de planes de beneficio.

El segundo aspecto estructural relevante deriva de la evidencia que, últimamente, está surgiendo sobre la selección de riesgos en el sistema, particularmente en el régimen contributivo. Un estudio reciente (Garavito, et al., 2006), muestra evidencia significativa de concentración de riesgos en el sistema para pacientes con VIH/SIDA: a. La prevalencia de casos documentados en aseguradoras del régimen contributivo es en promedio más que el doble que el promedio en régimen subsidiado, b. La prevalencia de casos entre aseguradoras del régimen contributivo es significativamente diferente, con mayor tasa en algunas aseguradoras privadas que en las públicas (Seguro Social).

Estos hallazgos relativizan el supuesto en el documento en cuanto a que universalización y equiparación sean determinísticos en la función de acceso, gasto en salud y equiparación. La naturaleza del fenómeno parece ser más compleja a la visión donde el financiamiento del sistema es objetivo inicial, único y último desde la política de Estado. En su estado actual de desarrollo, el sistema de seguridad social en salud enfrenta, probablemente, temas tan sustanciales como el financiamiento, tales como la administración de riesgos: el desarrollo de modelos de atención gerenciada, el diseño e implementación de sistemas de información actuarial sobre uso y gasto, sistemas de contratación para manejo de riesgo en salud, entre otros.

A partir de lo planteado surgen preguntas sobre algunos aspectos centrales de la meta en la Visión 2019:

1. ¿En una visión donde la dirección futura se dirige a apuntalar la contribución de la población independiente como objetivo último de vinculación y financiación del sistema, es pertinente profundizar la focalización individual, cuando la contribución debe basarse en el ingreso, y su

variación, más que en la acumulación de capital?

2. ¿Equiparación implica transformaciones profundas en la estructura y funcionalidad del sistema, esto incluye unificar la estructura, operación y empresarialidad del aseguramiento, escoger entre el esquema territorial vigente para el régimen contributivo (nacional) y el subsidiado (municipal), generar esquema de compensación entre pools de riesgo adversamente seleccionados, adaptar los sistemas de información?
3. ¿Es necesario desconectar el sistema de barreras de mercado montado para proteger a los hospitales públicos con base en el régimen subsidiado?

El documento hace explícita la posible implantación de una política dual donde se permitirá el mantenimiento de subsidios a oferta cuando las condiciones de financiación desde los subsidios a la demanda no hagan posible el equilibrio financiero de los hospitales. La implantación de un esquema de este tipo prácticamente lleva a la regulación de la oferta pública, a partir de la definición de criterios de sostenibilidad de las entidades públicas. El mantenimiento de monopolios en los sistemas hospitalarios públicos solamente están sustentadas en dos consideraciones, a. La generación de economías de escala bajo el modelo de monopolio natural público, lo cual no es aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano en cuanto a que nuestro sistema basa las economías de escala en la competencia regulada o, b. En la necesidad de mantener hospitales públicos en zonas de difícil acceso donde no es posible constituir mercados y las instituciones deberán funcionar sin el objetivo de equilibrio financiero. Es posible que finalmente estos esquemas terminen compitiendo y sea imperativa una política pública técnicamente fuerte para soportar el incentivo a los sectores políticos para acogerse al subsidio de oferta que garantiza mayores posibilidades burocráticas.

Hay evidencia suficiente en el sector sobre las limitaciones técnicas existentes para la operación de sistemas de subsidio a la oferta en hospitales públicos, entre otros a. Deficiencias en la organizaciones de las redes y sistemas de incentivos para

referencia y contrarreferencia, b. Inadecuados sistemas de contratación, pago y transferencia de riesgos debido a limitaciones de información territorial para el cálculo y administración de sistemas de capitación y pago prospectivo, c. Limitaciones severas en los sistemas hospitalarios para la producción de información adecuada para la facturación, el control de los sistemas de pago y el cálculo de precios entre comparadores y proveedores, d. Limitaciones severas para la gestión de los hospitales y la toma de decisiones, e. Incentivos hacia el crecimiento de las plantas de personal y externalización sin equilibrio económico, f. Limitaciones en la renovación tecnológica en hospitales públicos y g. Deficiencias severas en la función formadora de recursos humanos en hospitales operando bajo condiciones límite.

4. ¿Debemos en esa visión de futuro introducir elementos de regulación de la oferta pública y privada en el Sistema de Seguridad Social en Salud?

Por último el documento pasa de largo sobre el problema de la oferta pública actualmente bajo las empresas sociales del Estado no ligadas a entes territoriales como las escindidas del Seguro Social. En un horizonte de catorce años la visión sobre el sistema de aseguramiento público no puede obviarse de externalidades, altamente generadoras de costos al sistema debería estar planteado y debería existir un conjunto de decisiones al respecto.

Algunos otros temas sobre los insumos el Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberían ser importantes para el logro de la visión y son no considerados o lo son superficialmente:

1. El problema de la concentración y globalización de precios, patentes en la industria farmacéutica y sus posibles implicaciones en el mercado de medicamentos.
2. La política de recursos humanos y el desarrollo de modelos ocupacionales así como los requerimientos de formación de especialistas y la política del Estado para la investigación en salud.
3. El modelo de tecnología médica y sus implicaciones sobre el sistema, particularmente

en conexión con el equilibrio de la UPC y la integridad del POS.

De allí, surge la quinta pregunta a la Visión 2019:

5. ¿Debemos continuar bajo el planteamiento de la Ley 100, sobre el acceso a la salud como servicio público y derecho integral o el papel del aseguramiento debe focalizarse en aquellos segmentos de servicios que mayor impacto generan sobre la estructura financiera de las familias?

Regulación, inspección, vigilancia y control, sistema de garantía de la calidad, redes de prestación de servicios y sistema de protección social

La política fundamental para el logro de la equidad y el mejoramiento de los estados de salud es la universalización del aseguramiento y la equiparación de los planes de beneficios del régimen subsidiado y contributivo (Tabla 3). Esto permitirá, en primera instancia, reducir la brecha entre las poblaciones con diferentes capacidades de pago y, en segundo término, impactar las metas en salud pública que se proponen en este documento.

En materia de universalización del aseguramiento y ampliación de los planes de beneficios, las principales estrategias están dirigidas a consolidar la focalización individual, como instrumento de garantía de equidad hacia los más pobres, y el afianzamiento en términos de eficiencia y equidad de la estructura de financiamiento del sistema de seguridad social en salud.

Las acciones en materia de financiamiento del SGSSS incluyen la definición e implementación de incentivos para recaudar nuevos recursos a partir de la afiliación de la población con capacidad de pago y el uso más eficiente de los recursos del sector actualmente disponibles. Para lo anterior, se hace necesario reducir la evasión y elusión de los aportes al régimen contributivo; construir e implementar al-

ternativas de afiliación al régimen contributivo o subsidiado para trabajadores independientes no pobres con relativa capacidad de pago; y ajustar y actualizar la estructura tributaria de la explotación de los juegos de suerte y azar.

El uso más eficiente de los recursos requiere tres acciones fundamentales:

- Afianzar el proceso de reestructuración y modernización de las redes de hospitales públicos, con el fin de que logren su autofinanciamiento a partir de la venta de servicios.
- Rediseñar e implementar la metodología de reasignación de recursos de subsidios de oferta hacia subsidios a la demanda.
- Dotar a las entidades territoriales de instrumentos eficientes de contratación y pago de servicios, auditoría clínica y de cuentas e incrementar su capacidad fiscal destinada al financiamiento del seguro de salud. Esto último hará que el subsidio a la oferta se constituya en un mecanismo complementario, sólo para garantizar los servicios básicos donde las condiciones del mercado no funcionen o sean monopólicas y la sostenibilidad financiera de los prestadores públicos se vea comprometida por el tamaño del mercado.

Por otro lado, el logro de los resultados esperados en salud a través del aseguramiento está condicionado a la transformación institucional de los diferentes niveles de gobierno para poner en marcha un esquema de regulación, inspección, vigilancia y control, con el fin de lograr que las entidades aseguradoras y prestadoras de servicios realicen eficientemente sus funciones, evitando las barreras en el acceso a los servicios y la segmentación regional y poblacional.

La regulación en el SGSSS ha sido errática e inconsistente en muchos casos, olvidando el objetivo primordial de garantizar condiciones transparentes para la operación de los mercados y las garantías para los usuarios, frente a los intereses particulares de los agentes. Se hace necesario revisar la parti-

nencia del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como ente regulador y procurar mecanismos más acordes con dicha función a través de una instancia técnica, blindada de los grupos de interés y cuyo objetivo fundamental sea la consecución de mejores niveles de eficiencia, calidad y acceso a los servicios.

El esquema de inspección, vigilancia y control deberá orientarse a la protección de los derechos de los usuarios. La especialización de funciones a través de dependencias delegadas en la Superintendencia de Protección Social y un grado adecuado de descentralización en los niveles territoriales son necesarios.

Este ajuste institucional deberá complementarse con mecanismos de difusión de información a los usuarios, con el fin de promover el conocimiento y apropiación de sus derechos y deberes, así como el

conocimiento objetivo de la calidad de los servicios que les permitan tomar decisiones informadas. Esto contribuirá a la depuración del mercado y al mejoramiento de la eficiencia y la calidad.

Es necesario continuar los esfuerzos en la consolidación del sistema de garantía de la calidad, en los componentes de habilitación y acreditación, creando condiciones efectivas para el ejercicio real de la función de aseguramiento y la calidad en la prestación del servicio. El mejoramiento de la calidad e idoneidad del recurso humano en salud, técnico y profesional de los niveles asistencial y administrativo es esencial. Deberán desarrollarse proyectos de recertificación y reentrenamiento laboral por competencias. Finalmente, se debe avanzar en la definición de lineamientos técnicos e incentivos en materia de uso y renovación tecnológica para la prestación de servicios de salud.

Tabla 3
Lograr la cobertura universal en el SGSSS

Salud

Metas	Situación actual	2010	2019
Incrementar la afiliación al régimen subsidiado a 100%	66%	100%	100%
Igualar el plan de beneficios del régimen subsidiado al del contributivo	56%	56%	100%

Articulación del Sistema de Protección Social

La principal estrategia para disminuir la pobreza y la desigualdad es la consolidación del SPS. Se busca a través de éste proteger a la población más pobre y vulnerable, mediante el desarrollo de instrumentos de prevención y asistencia social. El SPS se define como un sistema integrado, con capacidad institucional para responder oportuna y consistentemente a las situaciones de vulnerabilidad y pobreza de la población. Su objetivo fundamental es reducir la pobreza temporal y minimizar la brecha de pobreza, para lo cual es fundamental la acumulación de activos en capital humano.

El MPS se constituye en el ente rector de las políticas y en el regulador de cada uno de los subsistemas, contando con el concurso y coordinación de sus entidades adscritas (SENA, ICBF, Superintendencias), otras del sector público, privado y solidario (prestadores públicos y privados, Cajas de Compensación Familiar) y las entidades territoriales.

El SPS comprende, en términos generales, tres grandes componentes: la seguridad social integral (salud, riesgos profesionales, protección al cesante); la asistencia social; y las políticas y programas de formación del capital humano, que involucran la articulación del Sistema Nacional de Formación para el Trabajo (SNFT) y el sector educativo. Estas estructuras constituyen estrategias recurrentes que deben complementarse con mecanismos coyunturales a través del Sistema Social de Riesgo (SSR). Éste incluye las políticas y programas específicos para atender grupos vulnerables en situaciones de crisis, con efecto limitado en el tiempo.

El reto consiste en lograr la efectiva articulación de políticas y programas y el impacto esperado en los grupos pobres y vulnerables. En especial deberán desarrollarse mecanismos efectivos de coordi-

nación entre el sector educativo y la asistencia social, en temas de educación inicial y educación de adultos y grupos vulnerables; por otro lado, deben establecerse sinergias con el SNFT, en áreas de formación técnica y tecnológica. Para el efecto se institucionalizará el Consejo de Política para la Protección Social (CPPS), conformado por los Ministerios de la Protección Social y Educación, los directores de las entidades descentralizadas que hacen parte del sistema y la asesoría permanente del Departamento Nacional de Planeación, con el objetivo de hacer seguimiento, evaluación y orientación de políticas y programas de asistencia y protección social, para los grupos en condición de pobreza y vulnerabilidad. Además, los componentes de la seguridad social deberán ser capaces de discriminar entre la población a aquellas personas en condiciones de contribuir a su financiamiento mediante cotizaciones y a quienes requieran, por su condición de pobreza y vulnerabilidad, de los subsidios del Estado. El fundamento de la seguridad social reside en que la población con capacidad de pago acuda a los mecanismos obligatorios de protección que brinda el sistema.

Para la atención oportuna de la población vulnerable ante situaciones de crisis, el SPS exige la puesta en marcha de mecanismos institucionales de seguimiento y monitoreo de las condiciones de vida y vulnerabilidad de los grupos poblacionales y la existencia de un portafolio de programas que puedan ser activados y desactivados durante el tiempo que la situación de crisis persista.

Para tal efecto es necesario consolidar el Fondo de Protección Social, cuyo objetivo, además de financiar los programas sociales que el Gobierno Nacional defina como prioritarios, sea garantizar la estabilidad del gasto y la ampliación de las coberturas de los principales programas sociales para

las poblaciones más vulnerables cuando se ha producido un choque económico negativo. La estrategia busca capturar recursos durante épocas de crecimiento para que puedan ser utilizados, mediante reglas claras y transparentes, en programas focalizados hacia los grupos más vulnerables de la población, en épocas de recesión. Como principal instrumento financiero del SSR, el Fondo cumple una función contracíclica y de complemento del gasto público en programas sociales focalizados.

Con base en la experiencia de la recesión de fines de la década de los noventa, estimaciones del DNP plasmadas en los CONPES 3144 y 3187 sugieren que para atender el componente cíclico de una recesión severa son necesarios recursos de aproximadamente 0,8% del PIB para un período de tres años. Por esta razón, se propone que el fondo tenga un tamaño estimado mínimo de 0,5% y un tope de 1% del PIB. El Fondo se alimentará con recursos ordinarios del gobierno central y, de considerarse necesario, también podrá financiarse con recursos de capital o de crédito externo. Para acumular los recursos, el Fondo se regirá por una regla de ahorro específica, que se basa en las estimaciones de crecimiento de la economía colombiana en el mediano plazo. Al finalizar cada año de crecimiento superior a 4%, el Fondo deberá haber acumulado un monto equivalente a 50% de la diferencia entre los ingresos efectivamente recaudados y los ingresos hipotéticos para ese año, suponiendo un crecimiento económico de 4%.

Para que el SSR funcione efectivamente, se debe contar con un indicador que permita al CPPS declarar la situación recesiva, definir los programas que se activarán en cada caso y los procedimientos para ordenar el desembolso de recursos del fondo. Dicho indicador será dos trimestres continuos de crecimiento negativo del PIB. El fondo desembolsará recursos durante el período completo en el que esté declarada la fase recesiva pero, en cualquier caso, durante cada año no podrán ser desembolsados recursos que sumen más de 0,3% del PIB. El uso de los recursos del fondo deberá cesar cuando el CPPS lo considere apropiado, teniendo en cuenta la profundidad de la recesión, la población por atender y la disponibilidad de recursos. En todo caso,

cesará cuando se evidencien cuatro trimestres consecutivos donde el índice del PIB per cápita, en términos reales, sea igual o superior al del trimestre previo al inicio de la recesión.

El fondo será creado por ley como una cuenta especial del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, y sus mecanismos operativos serán reglamentados por el Ejecutivo. La administración del fondo será encargada a una entidad fiduciaria que será seleccionada por un proceso de concurso público. Para garantizar el mantenimiento del valor y la disponibilidad de recursos en forma ágil, los recursos del fondo, captados inicialmente en moneda local, serán transformados a divisas e invertidos en instrumentos financieros de alta seguridad y liquidez en el mercado internacional de capitales.

El CPPS será la instancia que orientará las decisiones en materia de las políticas y programas que serán objeto de activación o expansión para afrontar la crisis, con la secretaría técnica del Ministerio de la Protección Social, el cual deberá desarrollar los instrumentos y mecanismos de monitoreo y seguimiento para la identificación de grupos vulnerables, según las características de las crisis.

La adecuada puesta en marcha del SSR y el logro de sus objetivos implican mejorar la eficiencia e impacto de los recursos públicos dirigidos al sector social, a través de la racionalización y evaluación de algunos programas sociales. Se trata de evitar que haya múltiples programas con objetivos y grupos poblacionales similares (duplicaciones); de identificar esquemas que mejoren la asignación de los recursos y el acceso de la población a los beneficios; así como de evaluar el impacto de programas en ejecución, para establecer posibles mejoras que aseguren su mayor efectividad.

Reflexiones iniciales sobre articulación del sistema

El artículo 49 de la Constitución Política de Colombia define la atención de la salud como servicio público a cargo del Estado. Bajo estas condiciones, la regulatoria adquiere características particulares en

relación con la salud como un bien de interés público. A través de su poder para regular, el Estado actúa como redistribuidor de los bienes sociales en un escenario donde hay competencia entre diferentes actores sociales, con intereses particulares en términos económicos, culturales, sociales, geográficos, étnicos, raza, género, edad y demás.

El crecimiento del segmento privado en la producción de bienes y servicios de salud, incluyendo el financiamiento y provisión de salud y seguridad social, genera una tendencia hacia el traspaso de responsabilidades asociadas a la dimensión redistributiva estatal a otros actores, incluyendo los individuos. Como consecuencia, se hace necesario el fortalecimiento de la capacidad estatal para la regulación a partir del análisis de sus potencialidades y debilidades, sus capacidades técnicas y los recursos humanos dedicados a ello, así como la identificación de los mecanismos que contribuyan de manera efectiva al cumplimiento de la función de conducción y orientación de las políticas de salud que son propias del Estado.

En Colombia el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud actúa como ente regulador del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Aunque se destaca un diseño en general adecuado, existen fallas en la conformación del organismo, entre ellas, una débil participación de los consumidores, exclusividad del gobierno en la generación de evidencia para la toma de decisiones y una regulación que se ha manifestado fluctuante, episódica y, en algunos casos, confusa, profusa y difusa (Restrepo y Rodríguez 2004).

¿Con la existencia del CNSSS se han fortalecido los mecanismos regulatorios para la defensa de las necesidades de los consumidores del SGSSS?

El Decreto 1280 de 2002 define el Sistema de Vigilancia, Inspección y Control como el conjunto de organismos, agentes, normas y procesos que, articulados entre sí, permiten el ejercicio eficaz y eficiente de las funciones de inspección, vigilancia y control de forma tal que, con observancia de los principios establecidos, cumplan con los siguientes objetivos indicados en el Decreto:

- Fortalecer la capacidad técnica, financiera, administrativa y operativa de los organismos y agentes que ejercen dichas funciones, estandarizando procesos críticos e indicadores para evaluar tanto la gestión de las entidades vigiladas y de las propias integrantes del sistema que mediante el presente decreto se organiza, así como el cumplimiento de las normas constitucionales, legales y demás regulaciones que rigen para el Sector Salud.
- Proteger los derechos de los usuarios del Sector Salud e impulsar el desarrollo de los mecanismos de participación social.
- Garantizar la adecuada, oportuna y eficiente generación, flujo, administración y aplicación de los recursos de acuerdo con las normas vigentes del Sector Salud.
- Promover el mejoramiento de la calidad y garantizar la oportunidad y el trato digno en la prestación de los servicios de salud y salud pública.
- Propender por el cumplimiento de las condiciones para el ejercicio de la competencia regulada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Garantizar la adecuada y eficiente explotación de los monopolios y demás arbitrios rentísticos que por disposición constitucional tienen destinación específica y contribuyen a la financiación del Sector Salud planteados en el presente decreto.

A cuatro años de promulgado este decreto, se encontró que los aspectos a ser inspeccionados, vigilados y controlados así como los instrumentos y mecanismos utilizados para ello, se hallan concentrados más en acciones administrativas y de procedimiento, y escasamente en los resultados esperados del desempeño global del sistema; más en unos actores que en otros y, en especial, en aquellos afectados por relaciones contractuales y asociados a la administración de recursos públicos; y más en acciones de verificación de carácter meramente formal en relación con lo preceptuado en la normativa, los mecanismos sancionatorios y en menor medida a las acciones preventivas, de seguimiento, correctivas y de habilitación (Eslava, 2001).

No se concibe en realidad como un sistema, sino como un conjunto de acciones o actividades realizadas por muchos actores sobre una diversidad de sujetos vigilados sobre los mismos aspectos, bajo una total ausencia de comportamientos cooperativos que permitan asumir acciones complementarias y no sustitutivas entre los controladores, con lo cual se facilita la evasión del control y se fomenta la ineficiencia e ineficacia de la función.

De otro lado, no se cuenta con un sistema de indicadores de resultados del sistema en cuanto a sus metas principales (acceso, universalización, equidad, entre otros) y mucho menos que dé cuenta de los efectos en las condiciones de salud de la población. Más grave aún es que, como se mencionó antes, sobre los sujetos vigilados en los cuales se ha puesto particular énfasis, escasamente se procesan resultados de producto (coberturas, cantidades), y no de efectos o impactos sobre aspectos críticos como la selección adversa, las asimetrías de información, riesgo financiero. Por tal razón, la función de inspección, vigilancia y control ha desarrollado en escasa medida, y difícilmente, el factor preventivo y correctivo oportuno que presupone, ya que no se cuenta con suficiente información.

¿El sistema de IVC cuenta con los instrumentos y mecanismos adecuados para su desarrollo?

El Decreto 2309 de 2002 define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En el artículo séptimo de este decreto se define que el sistema tiene como componentes: el Sistema Único de Habilitación; la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud; el Sistema Único de Acreditación; y el Sistema de Información para la Calidad.

El desarrollo del sistema de habilitación ha sido lento. El Ministerio de la Protección Social en el año 2005 reportaba un total de 48.142 prestadores registrados, de los cuales se había verificado el 16% de las Instituciones que contaban con registro. Este proceso permitió identificar un total de 1.252 prestadores que no cumplían con los requisitos, por lo cual 43 instituciones prestadoras y 124 prestadores indepen-

dientes se cerraron de manera definitiva, y se realizaron 707 cierres temporales y 390 cierres definitivos de servicios.

Con respecto al proceso de acreditación, hasta el momento se tienen ocho instituciones acreditadas, de las cuales tan sólo una es de carácter público.

¿Cuáles son las causas que hacen que la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud tenga un desarrollo lento?

¿A qué se debe el bajo número de instituciones acreditadas en el país?

Recientemente, la Ley 715 de 2001, en su artículo 54, ORGANIZACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE REDES, define que el servicio de salud a nivel territorial debe prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta.

Si bien llevamos cinco años de la promulgación de la Ley 715, persisten serias dificultades en la operación de las redes de prestación de servicios. Estas dificultades fueron debatidas durante el Primer Foro Internacional de Redes organizado por la Secretaría Distrital de Salud en el año 2003.

El foro, a través de talleres de trabajo, permitió identificar los principales problemas para que los servicios de salud operen en red.

- El clientelismo, la politiquería y la venta de favores no permite el desarrollo normal de los procesos de gestión y permite el crecimiento de la infraestructura sin planeación alguna.
- Es notoria la ausencia de una política de Estado que defina claramente un desarrollo articulado del sistema.
- Ausencia en la definición de un modelo de atención.

- El conflicto armado y el irrespeto a la misión médica se constituyen en una gran limitante.
- Desconocimiento del concepto, de las metodologías, de la implementación, de la operación y de la cultura de red. Cada actor interpreta de diferente manera el concepto de red.
- Es palpable la competencia entre prestadores por los mismos usuarios.
- Hay temor a las concesiones, fusiones o alianzas.
- No existen parámetros unificados para la negociación conjunta con las aseguradoras.
- Las relaciones poco claras entre prestador y asegurador no permiten el desarrollo de una red.
- Esfuerzos y recursos orientados más a la rentabilidad económica que al beneficio de la comunidad.
- Se aprecia desorganización administrativa y financiera de los actores del sistema.
- Hay gran desconocimiento de la salud, en cuanto a perfiles epidemiológicos, costos, riesgos, usos, oferta, demanda y portafolios de servicios.
- La carencia de información consistente y confiable no permite definir con claridad la necesidad sanitaria y mucho menos lo que el usuario desea.
- Los planes de beneficios no siempre guardan relación con la necesidad sanitaria de la población.
- No hay definición coherente del espacio geográfico poblacional, en términos de resultados tangibles para la población objeto.
- Tal espacio ha sido definido más desde lo político-administrativo que desde la georreferenciación.
- Sistemas de información obsoletos e inoperantes.
- Ni la tecnología ni los aplicativos solucionan los requerimientos de los actores, lo que, definitivamente, es un obstáculo para la conformación y operación de las redes.

El sistema de aseguramiento en salud condiciona la conformación de las redes de prestación de servicios de salud. Para la población afiliada los regímenes contributivo y subsidiado, esta conformación

está a cargo de las Empresas Promotoras de Salud y las Administradoras del Régimen Subsidiado y constituyen su red a partir de la cobertura de los planes de beneficios. De otro lado, la población pobre no cubierta con subsidios a demanda y para los servicios no cubiertos por los planes obligatorios, la prestación se realiza a través de la red pública.

Cuando estamos hablando de redes de servicios, ¿a qué redes nos referimos?

Bajo una propuesta de cobertura universal del aseguramiento e igualación de los planes de beneficios, ¿cuál es el papel de la red pública para la prestación de los servicios de salud?

La Protección Social Integral tiene como fin resguardar a los habitantes de un país, de las contingencias de enfermedades y accidentes, sean o no de trabajo, cesantía, desempleo, maternidad, incapacidad temporal y parcial, invalidez, vejez, nupcialidad, muerte, sobrevivencia y cualquier otro riesgo que pueda ser objeto de previsión social, así como de las cargas derivadas de la vida familiar y las necesidades de vivienda y recreación que tiene todo ser humano.

La Protección Social debe velar porque las personas que están en la imposibilidad, ya sea temporal o permanente, de obtener un ingreso, o que deben asumir responsabilidades financieras excepcionales, puedan seguir satisfaciendo sus necesidades, proporcionándoles, a tal efecto, recursos financieros o determinados o servicios.

Uno de los objetivos con la creación del Ministerio de la Protección Social fue la unificación de la política de protección social para la población en riesgo, sin embargo con la participación de otras unidades especializadas como la Red de Solidaridad, el Ministerio de Gobierno para el manejo de los desplazados, entre otros, se ha generado una duplicidad de acciones y una indefinición sobre las responsabilidades de cada entidad.

¿Cómo evitar la duplicidad de acciones en salud sobre la población pobre y vulnerable?

¿Esta población no se encuentra priorizada para acceder a régimen subsidiado?

Participantes Talleres

Nombres	Institución
Augusto Galán	ACEMI
Nelcy Paredes	ACEMI
Jairo Betancurt	ACHC
Dimelza Osorio	ACOME
Paola Andrea Ortiz	ACOME
Carlos Eduardo Jurado	ANDI
Juan Carlos Madriñán	ANDI
Gustavo Aguilar	AsmetSalud
Miguel Uprimny	Asocajas
Maritza Inés Pineda	CAPRECOM
Fernando Ruiz	Cendex
Enrique Peñalosa	Cendex
Jesús Rodríguez	Cendex
Naydú Acosta	Cendex
Conrado Gómez	Congreso de la República
Carlos Murcia	Dansocial
Félix Regulo Nates	DNP
Luis Arciniegas	Ecoopsos
Luis Fernando Gómez de la Vega	EMDISALUD
Elsa Victoria Henao	Fundación Corona
Elisa Carolina Torrenegra	Gestarsalud
Arleth Mercado	Gestarsalud
Ivonne Gutiérrez	Gestarsalud
Jairo Valdez	Gestarsalud
Alba Yanneth Gil	Instituto de Seguros Sociales
Luisa Fernanda Benítez	Instituto de Seguros Sociales
Patricia Paredes	Instituto de Seguros Sociales
Rosalba Figueredo	Instituto de Seguros Sociales
Marion Piñeros	Instituto Nacional de Cancerología
Mery Barragán	Ministerio de Protección Social
José Fernando Cardona	Universidad Javeriana
Fernando de la Hoz	Universidad Nacional