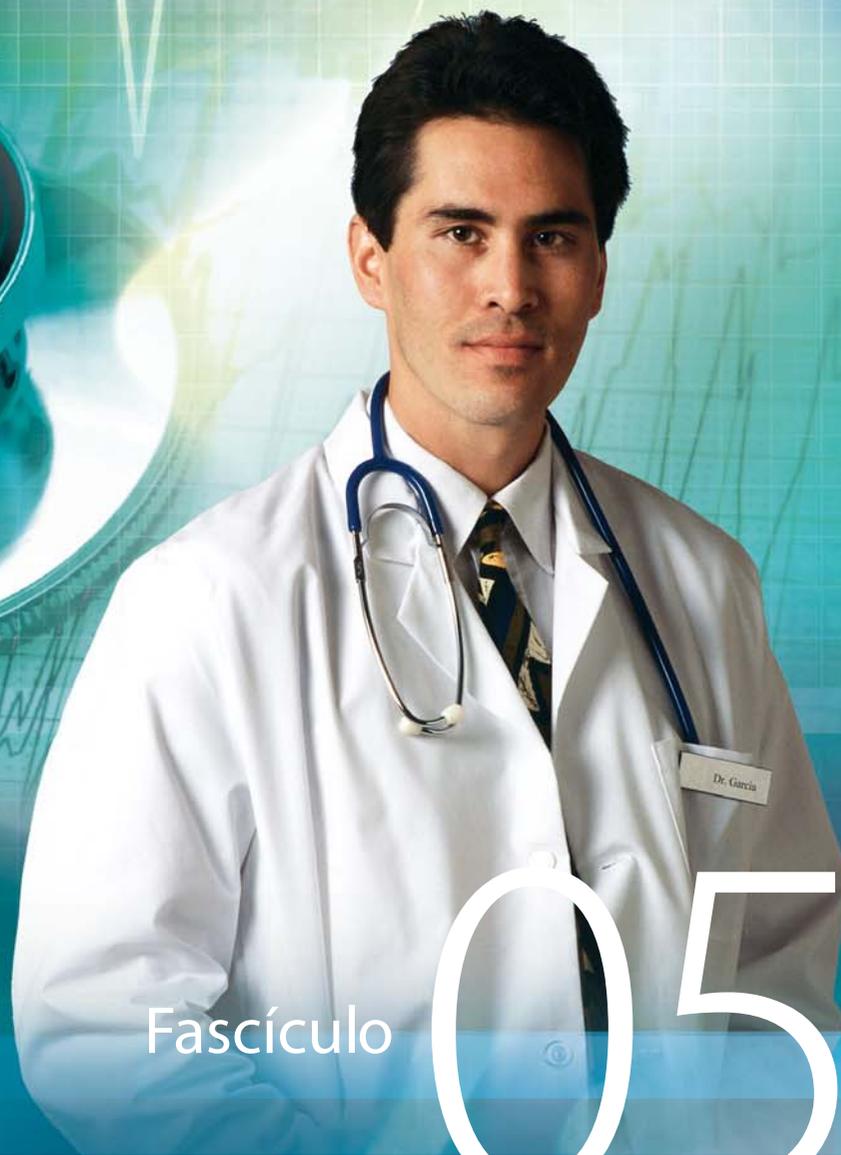


# Pérdidas y Ganancias de las reformas en salud

Facultad de Economía



Fascículo

05

ISSN 1909-0501

**Universidad, Ciencia y Desarrollo**  
Programa de Divulgación Científica  
**TOMO II**



**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO**

Acreditación institucional de alta calidad  
**Ministerio de Educación Nacional**  
Evaluación internacional  
Asociación Europea de Universidades

Aunque gracias a la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993 en la última década se ha registrado un notable aumento del gasto público en salud, han crecido las contribuciones de los afiliados, se ha elevado la cobertura del aseguramiento al Sistema de Seguridad Social y se ha mejorado la focalización de los subsidios, aún persisten inequidades en el aseguramiento por ingreso y en acceso y resultados de salud.

Así lo advierte un estudio de la Facultad de Economía de la Universidad del Rosario realizado conjuntamente con la Asociación Colombiana de la Salud (ASSALUD), en el que se indica que lo más preocupante es la presencia de múltiples indicadores de problemas de calidad en la prestación de los servicios, el notable deterioro en la capacidad territorial para manejar la salud pública y el rezago en temas como mortalidad evitable, mortalidad materna y enfermedades transmitidas por vectores (agentes transmisores).

Según los directores de la investigación, Francisco Yepes, de ASSALUD, y Manuel Ramírez, de la Universidad del Rosario, los hallazgos del estudio arrojan dudas sobre la eficiencia de las reformas en algunos aspectos y revelan un serio desequilibrio entre unos incentivos financieros muy fuertes y unos incentivos por resultados de salud inexistentes, así como un importante fraccionamiento en la prestación de los servicios.

“No hay una relación fuerte entre el notable aumento en el gasto de salud y los resultados que se han obtenido en estos



**En la última década se ha registrado un notable aumento del gasto público en salud, han crecido las contribuciones de los afiliados, se ha elevado la cobertura del aseguramiento al sistema de seguridad social y se ha mejorado la focalización de los subsidios.**

términos. La pregunta legítima ante esta situación es: ¿estamos obteniendo lo que deberíamos por cada peso adicional que hemos dedicado a la salud?”, agregan los investigadores.

El proyecto de la Facultad de Economía del Rosario y ASSALUD arrancó en el año 2004 con la recolección de información y el análisis de la evidencia disponible sobre los resultados de

### Amplíe la información de este fascículo en [www.urosario.edu.co/investigacion](http://www.urosario.edu.co/investigacion)

Este artículo es una síntesis de los temas que desarrollan los grupos de investigación de la Universidad del Rosario. Este material cuenta con documentos, capítulos de libros, entrevistas, fotografías y bibliografía de apoyo, entre otros soportes o estudios, que el lector podrá consultar en la página web [www.urosario.edu.co/investigacion](http://www.urosario.edu.co/investigacion). Las convenciones que encontrará a continuación y que aparecen a lo largo del texto le permitirán acceder a esta información.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| Libro       | Documento           | Presentación      |
| Fotografía  | Audio               | Video             |
| Página web  | Leyes o sentencias  | Cuadro o gráfico  |
|  |  | Bibliografía      |





las reformas al sistema de salud, con el fin de establecer en qué se ganó, en qué se perdió y qué problemas subsisten para contribuir a la formulación de las políticas públicas.

En desarrollo del proyecto, se identificaron más de trescientas publicaciones para el período comprendido entre 1995 y 2005, de las cuales se seleccionaron aquellas que presentaban resultados de investigaciones que aportaban evidencias para estudiar el resultado de las reformas. La investigación, también se apoyó en los Estudios Nacionales de Salud, las Encuestas de Calidad de Vida del DANE, la Encuesta de Demografía y Salud de Profamilia y las Cuentas Nacionales de Salud del Ministerio de la Protección Social. 



Los investigadores lograron establecer, además, que la estrategia de la política de salud durante este período de tiempo consistía en lograr un aumento en el gasto público y privado de esta materia, para elevar el porcentaje de la población asegurada, lo cual debería implicar un mejoramiento en el acceso a los servicios de esta área y, finalmente, una mejora en las condiciones de salud de la población.

Las primeras etapas (gasto y aseguramiento) se han cumplido con respuestas bastante exitosas, y en el tema del acceso se han logrado algunos efectos. Sin embargo, los resultados en el mejoramiento de la salud son muy dudosos, lo cual permite advertir que la prioridad de la política sanitaria en el futuro cercano es el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios. 

#### **El crecimiento de la cobertura fue una de las mayores ganancias para la salud**

El gasto público en salud se multiplicó por seis entre 1992 y 1997, mientras que el gasto de las contribuciones de trabajadores y empleadores a la seguridad social en salud creció un 50%. De este espectacular comportamiento, generado gracias

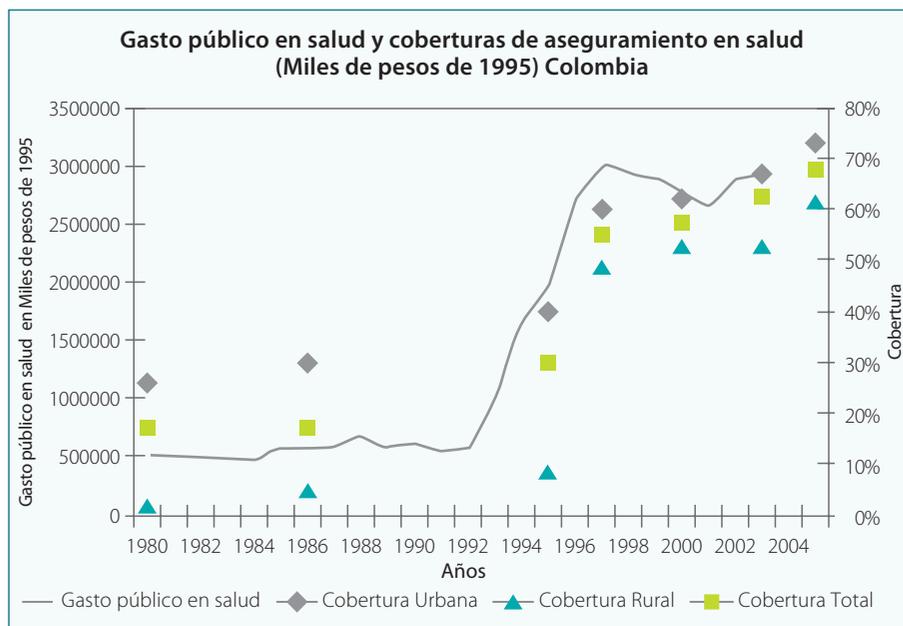
Los investigadores lograron establecer, además, que la estrategia de la política de salud durante este período de tiempo consistía en lograr un aumento en el gasto público y privado en salud, para elevar el porcentaje de la población asegurada, lo cual debería implicar un mejoramiento en el acceso a los servicios de esta área.



a la Constitución de 1991 y reforzado con la Ley 100 de 1993, no hay precedentes en la historia de Colombia, como tampoco se registran situaciones similares en otros países.

De la mano con este incremento en el gasto se dio un notable crecimiento en la cobertura del sistema, lo cual permitió que, por un lado, el seguro subsidiado generara una reducción de las brechas entre los diferentes niveles educativos y entre lo urbano y lo rural y, de otra parte, que la cobertura familiar redujera los diferenciales por edad.

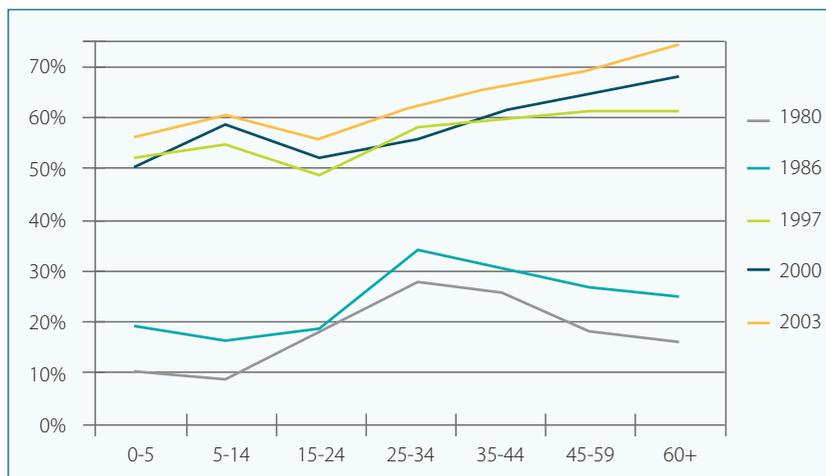
**Gráfica No. 1**



**Fuente:** Yepes F. J., Ramírez M. y col. Evaluación del impacto de los programas de ajuste macroeconómico sobre la salud. El caso de Colombia. Cifras actualizadas (Estudios Nacionales de Salud 1980, 1986; Estudios de Calidad de Vida 1997, 2003; Estudios Nacionales de Demografía y Salud 1995, 2000, 2005; Cuentas Nacionales de Salud).



**Gráfica No. 2**  
**Cobertura de Seguridad Social en Salud por edad**  
**1980, 1986, 1997, 2000, 2003.**



**Fuente:** Yepes F. J., Ramírez M. y col. Evaluación del impacto de los programas de ajuste macroeconómico sobre la salud. El caso de Colombia. Cifras actualizadas (Estudios Nacionales de Salud 1980, 1986; Estudios de Calidad de Vida 1997, 2003; Estudios Nacional de Demografía y Salud 2000; Cuentas Nacionales de Salud).

De la mano con este incremento en el gasto se dio un notable crecimiento en la cobertura del sistema, lo cual permitió que, por un lado, el seguro subsidiado generara una reducción de las brechas entre los diferentes niveles educativos y entre lo urbano y lo rural, y, de otra parte, que la cobertura familiar redujera los diferenciales por edad.

El régimen contributivo (que cubre fundamentalmente a los trabajadores con un contrato laboral) alcanzó el 38% de la población en 1997 y, a partir de ese año, mostró un crecimiento muy lento, llegando en 2005 a cerca del 40%. En el régimen subsidiado (diseñado para asegurar a la población más pobre), por su parte, se presentó un crecimiento mayor; entre 1997 y 2005 aumentó del 20 al 30% de la población, principalmente concentrado en los segmentos más pobres y en la zona rural.

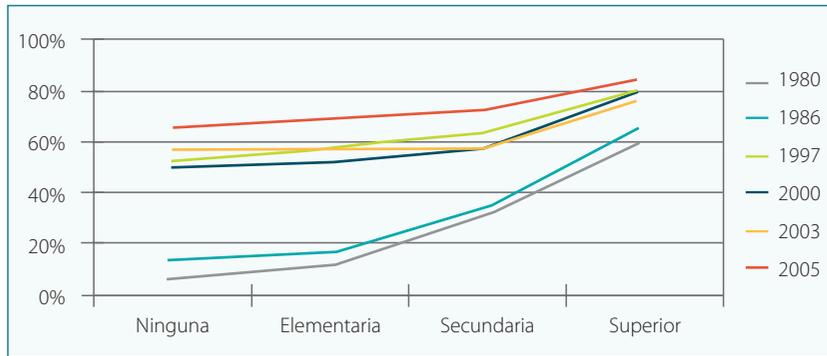
Se registró una mayor equidad social, ya que la focalización de los subsidios en salud aumentó en los grupos más pobres, haciéndose negativo en el 20% más rico. En Bogotá,

•

por ejemplo, los subsidios de salud tienen un efecto importante sobre la distribución del ingreso, pues mientras un hogar de nivel 1 del Sisbén recibe un subsidio implícito (representado por el aseguramiento) cercano a 100 mil pesos anuales, un hogar de nivel 6 hace una contribución cercana a 500 mil pesos anuales, representada en el mayor valor que paga sobre el costo de su seguro. Este efecto, equivale a bajar en dos puntos el porcentaje de personas por debajo de la línea de pobreza.

Los investigadores también observaron un aumento en la proporción de población asegurada que hizo consultas de prevención, entre 1997 y 2003. Ésto podría explicarse posiblemente por la expedición de la resolución 412 del Ministerio de la Protección Social que estableció la demanda inducida para acciones de prevención y promoción de la salud.

**Gráfica No. 3**  
**Cobertura de seguridad social en salud por nivel educativo**  
**1980, 1986, 1997, 2000, 2003, 2005.**



**Fuente:** Yepes F. J., Ramírez M. y col. Evaluación del impacto de los programas de ajuste macroeconómico sobre la salud. El caso de Colombia. Cifras actualizadas (Estudios Nacionales de Salud 1980, 1986; Estudios de Calidad de Vida 1997, 2003; Estudios Nacional de Demografía y Salud 2000; Cuentas Nacionales de Salud).

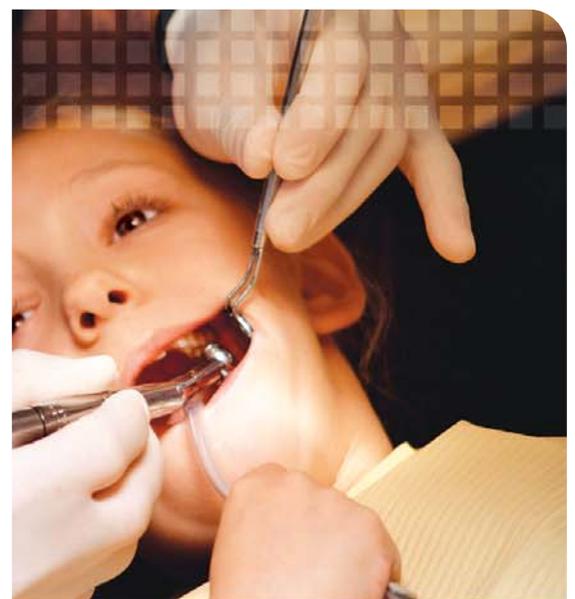
La población asegurada en los años para los que existe la información de las Encuestas de Calidad de Vida (1997 y 2003) reportó un mejor acceso a los servicios de salud para la primera consulta, frente a las personas que no estaban aseguradas. Sin embargo, los autores de la investigación advierten que no se dispone de evidencia para documentar lo que sucede en relación con el acceso, cuando se requiere consulta con un especialista o exámenes diagnósticos.

### ▪ El gran sacrificio se hizo en calidad

Existe un amplio consenso nacional sobre el deterioro de la salud pública y la pérdida de las capacidades territoriales para su gestión, confirmado, además, por varias investigaciones nacionales y extranjeras en

campos como la malaria <sup>(B)</sup>, las vacunaciones y la tuberculosis <sup>(B)</sup>. Este fenómeno data del proceso de descentralización y de la eliminación de las campañas verticales de salud en la década de los noventa, sin que hubiese mediado un período de transición ni el acompañamiento del Ministerio de Salud en esa época.

Para los investigadores de AS-SALUD y el Rosario es alarmante la situación que se está dando en la mortalidad evitable, que en su conjunto venía disminuyendo en los primeros años de la década de 1990, pero que registró una detención abrupta en el período comprendido entre 1994 y 1996. Ésto sucede para el conjunto de enfermedades que se pueden enfrentar con medidas de prevención primaria (inmunoprevenibles, fiebre reumática, enfermedades de transmisión sexual, por ejemplo) y con la infección respiratoria aguda en menores de cinco años, entre otras <sup>(B)</sup>.



Los análisis que documentan estos hallazgos fueron realizados utilizando las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) basadas en el Censo de 1993, pero, si se corrigieran con los datos del Censo del año 2005, los resultados serían peores.

Más preocupante aún es la situación observada en la mortalidad materna, cuya tendencia a la disminución se revierte a partir de 1996 <sup>(10)</sup>, dos años antes de que el efecto de la mejora en los registros pudiera manifestarse, debido a los cambios realizados por el DANE en el certificado de defunción, los cuales mejoraron la captación de muertes maternas.

Por otro lado, cuando son prescritos medicamentos en el régimen contributivo, sólo se entregan completos en el 54% de los casos y en el 44 para el régimen subsidiado. En el 25% de los casos, las aseguradoras no entregan ninguno de los medicamentos prescritos en el régimen contributivo y tampoco lo hacen en el 33% de los casos en el régimen subsidiado.

La tuberculosis es un claro ejemplo de dicho deterioro, ya que el país registra uno de los programas más deficientes del continente, con tasas de detección del 31,4% frente a una meta del 70%, y tasas de curación del 60 ante una meta del 85% <sup>(11)</sup>. Lo mismo ocurre con la enfermedad respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda en menores de cinco



### ❖ Enfermedades que requieren un tratamiento de urgencias

Además del deterioro en la salud comprobado por varias investigaciones, existen áreas en las cuales no hay datos confiables del estado previo a las reformas y, por tanto, no es posible afirmar que se haya dado un detrimento, pero se encuentran situaciones totalmente inaceptables que denotan serias fallas en la calidad de los servicios que se están prestando, advierten los investigadores.

años que presentan niveles inadmisibles de complicaciones, (varios centenares, pese a que los valores observados deberían ser cercanos a cero), aún en la población asegurada <sup>(12)</sup>.

Un signo de alarma en Bogotá fue registrado por la Veeduría Distrital, que encontró un mayor riesgo de muerte materna e infantil (menores de un año) en la población del régimen subsidiado que en el grupo de personas no aseguradas.

**Cuadro No. 1**  
Mortalidad materna en Bogotá, 2003 y 2004  
(Razón de mortalidad por 1000 nacidos vivos).

Régimen de afiliación en salud	Residentes en Bogotá	
	2003	2004
Contributivo	43,39	45,06
Subsidiado	87,10	91,22
No aseguradas	59,54	74,37

**Fuente:** Veeduría Distrital, DNP (Departamento Nacional de Planeación).

Para los investigadores, la mortalidad materna<sup>(1)</sup> y la sífilis congénita<sup>(2)</sup> son totalmente inaceptables, en una país que se precia de contar con niveles superiores al 90% de cobertura de la atención prenatal y de la atención institucional del parto<sup>(3)</sup>.

Un signo de alarma en Bogotá fue registrado por la Veeduría Distrital, que encontró un mayor riesgo de muerte materna e infantil (menores de un año) en la población del régimen subsidiado, que en el grupo de personas no aseguradas.

En el caso del cáncer de cérvix, que cuenta con un examen de comprobada eficacia para su detección temprana, hay hallazgos igualmente alarmantes de fallas serias en los programas de detección precoz. Según el Instituto Nacional de Cancerología, la mayoría de los cánceres diagnosticados tanto en mujeres no aseguradas como en mujeres del régimen subsidiado se detecta en estado avanzado.



### Los servicios de salud no se prestan de manera integral

La prestación de servicios de salud está altamente fragmentada, generando barreras de acceso y afectando directamente la calidad, advierten los investigadores Francisco Yepes y Manuel Ramírez, quienes encontraron dos tipos de fragmentaciones.

La primera es de tipo estructural, dada por las limitaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS) subsidiado que no cubre una gama importante de servicios, situación

que se agrava con los subsidios parciales, tal como se han conceptualizado y aplicado hasta ahora.

La otra es una fragmentación oportunista que se origina ante la ausencia de incentivos por resultados en salud y es creada por los aseguradores con la intención de reducir costos, lo cual genera barreras de acceso. La entrega de medicamentos, los sistemas de autorizaciones y la fragmentación contractual son

de tuberculosis documentan de manera informativa este tipo de fragmentación y sus efectos nefastos sobre la calidad de la atención.

Como si fuera poco, doce años después de iniciado el proceso de reformas, el país aún no cuenta con un sistema integral de información en salud. No hay datos sobre morbilidad ambulatoria debido a la falta de aplicación y confiabilidad de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), el registro de eventos de notificación obligatoria (Sivigila) presenta notables problemas de sub-registro y de calidad en el diligenciamiento de los certificados de defunción.

Otros problemas sobre los que vale la pena hacer un llamado de atención tienen que ver con las demoras exageradas en el flujo de recursos, empezando por el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y la paulatina desaparición del sector público asegurador frente a unos problemas de base que siempre se conocieron y nunca fueron enfrentados por ninguno de los gobiernos.

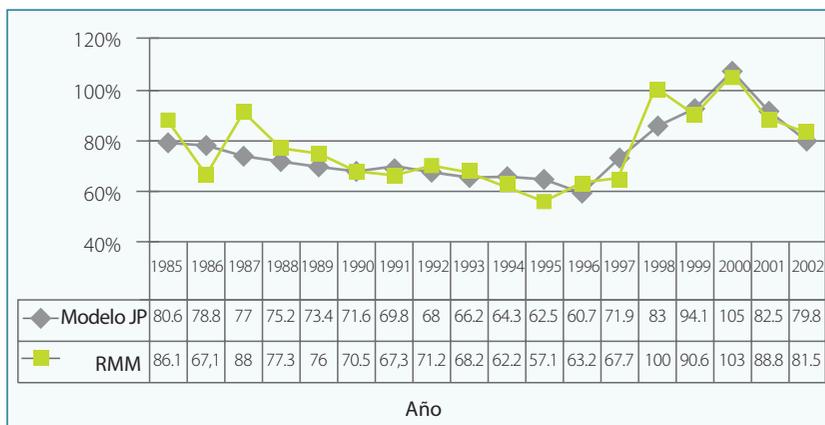


05

claros ejemplos de esta problemática, que se reflejan en dispersión geográfica no correspondiente con la densidad poblacional de los afiliados, en costos adicionales de transporte y en mayores tiempos de espera.

Estudios realizados en Antioquia sobre los programas de control

**Gráfica No. 4**  
Razón de mortalidad Materna RMM por mil nacidos vivos. Modelación de Jointpoint. Colombia. 1985-2002.



Fuente: Quintero, A y Gómez R.D. Mortalidad materna y política social en Colombia. Art. En preparación.

## ▣ Varias tareas pendientes

El equipo investigador estableció que la ausencia de un sistema de incentivos por resultados en salud, la falta de estudios técnicos que permitan sustentar el valor de la UPC (valor unitario del POS) y la fragmentación en la prestación de los servicios son los problemas centrales que están afectando la capacidad del sistema para producir servicios de calidad.

Según los investigadores Francisco Yepes y Manuel Ramírez, esta afirmación se hace con pleno conocimiento de que los resultados finales en el nivel de salud de la población ni se producen, ni se pueden atribuir exclusivamente a los servicios de esta índole.

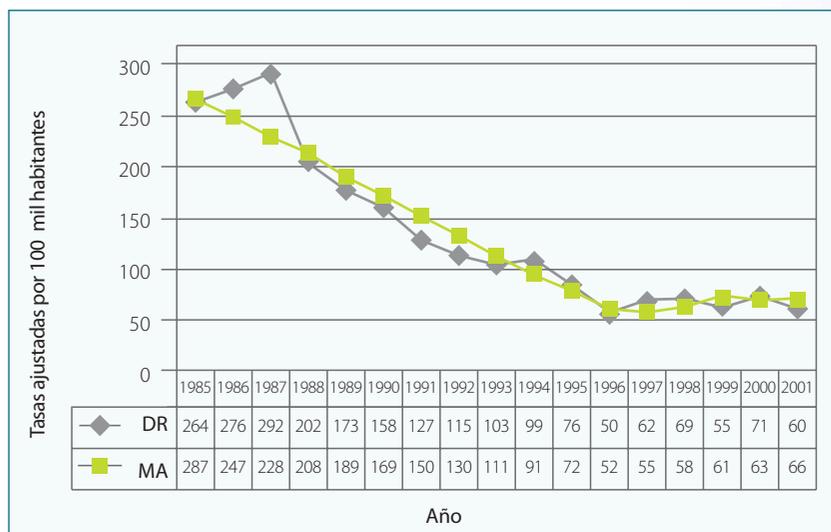
Sin embargo, son muchos y muy importantes los signos de alarma que persisten en el sistema, provenientes no sólo de investigaciones realizadas por múltiples equipos de investigación de diferentes regiones del país y de distintas afiliaciones institucionales, sino de las propias estadísticas oficiales.



prevención

# 05

**Gráfica No. 5**  
Mortalidad. Causas evitables por prevención. Colombia 1985-2001.

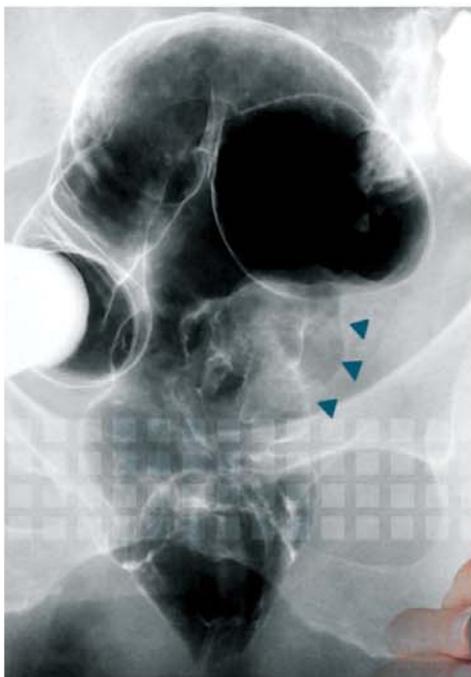


**Fuente:** Gómez, R. D. La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria. Colombia 1985-2001 Tesis de doctorado. (Summa cum laude) U. de Alicante. Agosto de 2005.

Los tres problemas están íntimamente articulados y sus efectos se suman en detrimento de la calidad de los servicios de salud al tratar de minimizar costos y mantener márgenes de utilidad.

La UPC nunca se ha estimado técnicamente y lo que ha sucedido en la práctica es que las aseguradoras se han ajustado a los márgenes que pueden obtener con ésta, establecida mediante el racionamiento de servicios.

Algunos de estos mecanismos son legítimos, siempre que se utilicen éticamente y dentro de protocolos aceptados de diagnóstico y tratamiento, con el fin de evitar sobre costos injustificados, pero aplicados sin los debidos controles y sin que medien incentivos por resultados de salud pueden tener resultados nefastos sobre la salud de los usuarios.



05

de primer nivel a otros de mayor complejidad, control sobre el tiempo de las estancias hospitalarias, etc.

Algunos de estos mecanismos son legítimos, siempre que se utilicen éticamente y dentro de protocolos aceptados de diagnóstico y tratamiento, con el fin de evitar sobre costos injustificados; pero aplicados sin los debidos controles y sin que medien incentivos por resultados de salud, pueden tener resultados nefastos sobre la salud de los usuarios.

De hecho, la Ley 1122 de 2007  ya enfrentó dos de estos problemas al establecer, en su artículo 2, la evaluación por resultados de salud y al determinar como una de las responsabilidades de la nueva Comisión Reguladora, la realización de estudios técnicos anuales para determinar la



Este racionamiento se realiza mediante diversos mecanismos: fragmentación oportunista de los servicios, como la creación de barreras geográficas que dificultan el acceso a éstos, la fragmentación de los contratos, de tal manera que el paciente tiene que desplazarse a varios sitios para obtener todos los servicios que necesita.

Otros mecanismos son las listas de espera, los incentivos a los médicos para evitar la prescripción de exámenes y de procedimientos que pueden aumentar costos, trabas a la remisión de pacientes

UPC. Infortunadamente, la nueva Ley dejó completamente de lado el problema de la fragmentación.

Por tanto, será necesario esperar la regulación que elabore el Ministerio de la Protección Social y su aplicación, para juzgar sobre la posibilidad de que estas normas lleguen a tener algún impacto positivo.



Ser parte fundamental  
del crecimiento económico del país,  
es ir adelante en el tiempo

**Posgrados**

**Facultad de Economía**

**Especializaciones**

**Finanzas**

Código SNIES: 171453320021100111200

**Evaluación y Desarrollo de Proyectos**

Código SNIES: 171456580401100111100

**Mercado de Capitales**

Código SNIES: 171456583321100111100

**Gestión Financiera de Establecimientos de Crédito**

Código SNIES: 171453380401100111100

**Maestría**

**Economía**

Código SNIES: 171463300001100111100

**www.urosario.edu.co**

posgrado@urosario.edu.co

InfoRosario: 422 5321

otras ciudades 01 8000 511 888.



**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO**

## Grupo de investigaciones

Facultad de Economía de la Universidad del Rosario y  
Asociación Colombiana de la Salud (ASSALUD)

### Líneas de investigación

Economía Financiera  
Regulación Económica  
Organización Industrial  
Economía de la Política Social  
Historia Económica  
Economía Internacional  
Economía del Conocimiento y la Innovación  
Econometría Aplicada  
Economía de las Drogas y el Delito

### Decano

Hernán Jaramillo Salazar

### Director del Grupo de Investigación

Manuel Ramírez Gómez

### Director de ASSALUD

Francisco Yepes Lujan

### Directores de la investigación

Manuel Ramírez Gómez

Francisco Yepes Lujan

### Investigadores

Luz Helena Sánchez

Iván Jaramillo

Claudio Karl

Andrés Zambrano

Juan Diego Misas

Para profundizar en este tema, consulte la página web  
<http://www.urosario.edu.co/investigacion>

Para mayor información escriba al correo electrónico

maramire@urosario.edu.co

franciscoy@cable.net.co

**Rector** Hans Peter Knudsen O. • **Vicerrector** José Manuel Restrepo A. • **Síndico** Carlos Alberto Dossman M. • **Secretario General** Luis Enrique Nieto A. • **Gerente Comercial y de Mercadeo** Marta Lucía Restrepo T. • **Director del Programa de Divulgación Científica y Director del Centro de Gestión del Conocimiento y la Innovación** Luis Fernando Chaparro O. • **Gerente del Programa de Divulgación Científica** - Margarita María Rivera V. • **Periodista científico** - Julio Solano J. • **Diseño y Diagramación** Ekon7 - Juan Manuel Rojas De La Rosa / ideas@ekon7.com • **Corrección de Estilo** - Editorial Universidad del Rosario • **Pre-prensa, impresión y circulación** El Tiempo.

ISSN 1909-0501

