

PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD COLOMBIA

MONITOREO Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE
CAMBIO Y REFORMA

Septiembre, 2009

ÁREA DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD- HSS-SP

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

PERFIL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

Bogotá D. C., Septiembre 2009

Área de Sistemas y Servicios de Salud (*HSS-SP*)

Organización Panamericana de la Salud/

Organización Mundial de la Salud



978-92-75-13206-7



9 789275 132067

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

“Perfil Sistema de salud en Colombia”

Washington, D.C.: OPS, © 2010

ISBN: 978-92-75-33106-4 SPA- (Impreso)

978-92-75-13206-7 SPA- (Electrónico)

I. Título

1. SERVICIOS DE SALUD – provisión y distribución
 2. PERFIL DE SALUD
 3. FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA
 4. FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS
 5. REFORMA EN ATENCIÓN DE LA SALUD – normas
 6. COLOMBIA
- NLM WA540.DC7

Washington DC, Marzo, 2010

La versión electrónica de este documento está disponible en el sitio electrónico *Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe* y puede accederse a www.lachealthsys.org. Para cualquier consulta con respecto a este documento sírvase contactar con info@lachealthsys.org.

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y fue posible a través del apoyo prestado por la oficina de Desarrollo Regional Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), según lo estableció el convenio No. LAC-G-00-07-00001. Las opiniones expresadas en esta publicación son aquellas del autor y no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Este documento puede reproducirse y/o traducirse, en parte o en su totalidad, sólo si se usa sin fines comerciales.



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

AGRADECIMIENTOS

El presente documento fue preparado por la Dra. Sandra Tovar Valencia, Odontóloga Epidemióloga, quien ha sido consultora del Ministerio de la Protección Social y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quien tomó como referencia para la preparación del documento, los Lineamientos Metodológicos – Perfiles de los Sistemas de Salud: Monitoreo y Análisis de los procesos de cambio / reforma, de la OPS – USAID, Edición Especial N. 18 Washington, D.C: OPS, 2006.

Durante el proceso se contó con la colaboración y guía del Doctor Gerardo Alfaro como Consultor Oficial de Sistemas y Servicios de Salud de la representación en Colombia de la OPS así como con el aporte del Dr. Hernán Rodríguez, Consultor OPS en materno-neonatal y calidad-seguridad del paciente; y las doctoras Margarita Giraldo y Cristina Idárraga, que en su calidad de epidemiólogos contribuyeron con la recopilación, suministro, disposición y revisión de los contenidos presentados.

TABLA DE CONTENIDOS

LISTA DE ACRÓNIMOS	I
RESUMEN EJECUTIVO	1
CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD	3
Análisis de la Situación de Salud	3
Análisis Demográfico	3
Análisis Epidemiológico	6
Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)	17
Determinantes de la salud	20
Determinantes Políticos	20
Determinantes Económicos	22
Determinantes Sociales	24
Determinantes Medio Ambientales	27
FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD	29
Rectoría	29
Mapeo de la Autoridad Sanitaria Nacional	29
Conducción	30
Regulación	33
Modulación del financiamiento	34
Garantía del aseguramiento	35
Armonización de la provisión	36
Desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública	37
Financiamiento y aseguramiento	39
Provisión de servicios	43
MONITOREO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO/REFORMAS	55
Efecto sobre las Funciones del Sistema de Salud	55
Efecto sobre los Principios Orientadores de las Reformas	56
Equidad	56
Promoción social	58
Efectividad	60
Sostenibilidad financiera	61
Participación social	61
Efecto sobre el Sistema de Salud	63
BIBLIOGRAFIA	64



LISTA DE ACRÓNIMOS

ARP	Administradoras de Riesgos Profesionales
ASN	Autoridad Nacional de Salud
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
COVE	Comités de Vigilancia Epidemiológica
CRES	Comisión de Regulación en Salud
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DNP	Departamento Nacional de Planeación
EPS	Empresas Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado
ETESA	Empresa Territorial para la Salud
ESE	Empresa Social del Estado
FESP	Funciones Esenciales de Salud Pública
FONSAT	Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
INS	Instituto Nacional de Salud
INVIMA	Instituto de Vigilancia y Control de Alimentos y Medicamentos
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
MPS	Ministerio de la Protección Social
ODM	Objetivos del Milenio
PAB	Plan de Atención Básica
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
PNSP	Plan Nacional de Salud Pública
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
POS-C	Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo
POS-S	Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado
RDT	Red de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISBEN	Sistema de Identificación de Beneficiarios
SISPRO	Sistema de Información para la Protección Social
SGP	Sistema General de Participaciones
SISMED	Sistema de Información para la modulación del Mercado de Medicamentos
UAIRAS	Unidad de Atención de Infección Respiratoria Aguda Comunitaria
UPC	Unidad de Pago por Capitación
UROS	Unidades de Rehidratación Oral



RESUMEN EJECUTIVO

Colombia, cuenta en su territorio de 1'141.748 km² de superficie, con una población multiétnica y pluricultural de 44'977.758 habitantes, con más de 87 pueblos indígenas diferenciados, que representan el 1.5% de la población total del país, con 64 lenguas nativas vigentes, pertenecientes a 22 familias lingüísticas; afrocolombianos en cerca de un 16% de la población y cerca de 12.000 gitanos. Sobre esta población el Estado tiene responsabilidades para lograr el mejoramiento de las condiciones de vida tanto en la zona urbana que se ha extendido ampliamente, como en la zona rural que si bien se ha visto reducida de forma progresiva, aún mantiene una importante población que requiere de una mayor protección. Para ello ejerce sus poderes legislativo, ejecutivo y judicial, en pos de organizar las estructuras y la sociedad en general a través de la participación de instancias gubernamentales y privadas, además de la sociedad civil.

Con el esfuerzo conjunto se ha logrado el mejoramiento de las condiciones económicas y sociales del país, logrando que el PIB se incremente en un 300% en la última década, gracias principalmente a la recuperación de la inversión; ello ha conducido a la disminución en 8.2 puntos de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), frente al censo de 1993 y la reducción de la proporción de personas en condiciones de pobreza y de indigencia aunque aún no se han logrado las metas para dar cumplimiento a los Objetivos de Desarrollo del Milenio en esta materia. Los niveles de analfabetismo también se han reducido en la población menor de 15 años al pasar de 27.1% en 1964 a 9.6% en 2005 y el nivel de asistencia escolar ha pasado de 50.8% en 1973 a 83.3% en 2005 en población de 5 a 17 años y de 19.1% en 1973 a 27.1% en 2005 para las edades de 18 a 24 años. El desempleo a 2008 se había reducido a 10.7% aunque a abril de 2009 volvió a incrementarse a 12.1%; esta situación se ha dado de forma similar tanto para hombres como para las mujeres y es importante reconocer la presencia de trabajo infantil en el 6.9% de los niños menores de 15 años en 2007.

La protección social se ha consolidado a través del Sistema de Seguridad Social Integral, dentro del cual están los Sistemas de Pensiones, de Riesgos Profesionales y de Seguridad Social en Salud, con los que se provee de servicios y de asistencia social a la población. En particular el Sistema de Seguridad Social en Salud creado mediante la Ley 100 de 1993 y modificado mediante la Ley 1122 de 2007, ha separado las funciones de aseguramiento y administración de los recursos financieros de la de prestación misma de servicios; cuenta con dos regímenes, el contributivo de obligatoria afiliación para quienes son empleados o tienen capacidad de pago y el subsidiado, para la población pobre que es priorizada a través de una encuesta de focalización para garantizarles servicios con recursos principalmente provenientes del Estado. Con la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional se ha ordenado la igualdad en los planes de beneficios para los dos regímenes, lo cual se ha convertido en una prioridad en desarrollo actualmente, que tiene su primera aproximación a través del Acuerdo 03 de 2009, de la Comisión de Regulación en Salud (CRES).

La población afiliada al régimen contributivo se estimó para 2008 en 17.234.265 y para el régimen subsidiado en 22.485.211; hay además regímenes exceptuados (fuerzas militares y magisterio) que cubren en aseguramiento a 1.910.351 personas. Las principales fuentes de financiación del Sistema se originan en el Sistema General de Participaciones (SGP), en los aportes de los trabajadores y empleadores al régimen contributivo, administrados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), y en la explotación de los juegos de suerte y azar a cargo de la Empresa Territorial para la Salud (ETESA), además de la coparticipación que hacen otros recursos de menor cuantía.

Con el objeto de garantizar los beneficios establecidos por el Sistema, se han realizado esfuerzos para asegurar la calidad de los servicios de la red pública y privada, mediante el fortalecimiento del sistema de garantía de la calidad de una parte y de los sistemas de gestión de otra. Ello ha generado el reforzamiento estructural y técnico de instalaciones y la consecuente habilitación de 59.841 prestadores, así como la acreditación de 14 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), y 2.050 IPS y 62 Entidades Promotoras de Salud (EPS) en implementación del Sistema de Información para la Calidad.

La oferta de servicios ha permitido que el 97% de la atención del parto sea institucionalizada, aunque subsisten deficiencias en el sector rural principalmente en las zonas más dispersas. El número de consultas externas médicas se incrementó a expensas principalmente de los hospitales de primer y segundo nivel, que han duplicado su producción de servicios en tanto las consultas de urgencia, en el segundo y tercer nivel, han tendido a la reducción. El número de consultas de odontología se ha mantenido relativamente estable en los hospitales de segundo nivel y en el tercer nivel. Por su parte la ocupación hospitalaria se ha venido incrementando en tanto el promedio de días de estancia se ha reducido de 6.4 a 3.2 por paciente entre 1996 y 2006, para el segundo nivel de complejidad y para el tercer nivel cambio de 6.9 a 5.6.

La salud pública, complementa los servicios; mediante el Decreto 3039 de 2007, se expidió el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP), basado en los enfoques poblacional, de determinantes y de gestión social del riesgo, buscando articularlos con el propósito de reducir la carga de la enfermedad y crear las condiciones para modificar la carga futura en la población. Contiene como líneas de política, la promoción de la salud y la calidad de vida, la prevención de los riesgos, la recuperación y superación de los daños en la salud, la vigilancia en salud y la gestión del conocimiento y gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del propio PNSP. Con estas líneas se busca armonizar y articular el Sistema de Protección Social para el logro de las metas con miras a reducir las brechas en salud existentes entre regiones y grupos poblacionales.

Los esfuerzos que viene realizando el país, a través de las acciones de rectoría y con la participación de los sectores públicos y privados y de la comunidad, se presentan en el presente documento, que recoge los principales elementos que dan cuenta de algunos de los determinantes que condicionan la salud de la población; las relaciones de los actores en el marco del Sistema General de Seguridad Social y los resultados obtenidos en términos de aseguramiento pero también en términos de modificar las condiciones de salud y de avanzar en los procesos de equidad y de aporte a la calidad de vida.

1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD

1.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

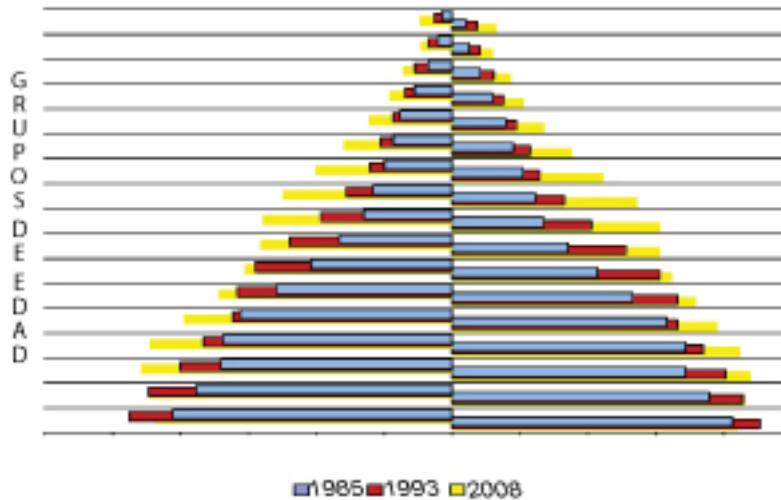
1.1.1. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

Colombia es un país multiétnico y pluricultural, con más de 87 pueblos indígenas diferenciados, que representan el 1.5% de la población total del país, con 64 lenguas nativas vigentes, pertenecientes a 22 familias lingüísticas; los afrocolombianos representan cerca de un 16% de la población colombiana y cerca de 12.000 gitanos. Tradicionalmente la población se ha constituido como católica en sus creencias religiosas, sin embargo la Constitución de 1991 garantiza la libertad de cultos, por lo que toda persona tiene derecho a profesar libremente su religión y a difundirla en forma individual o colectiva.

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), se cuenta con una población para 2009 de 44'977.758 habitantes, (22'203.234 hombres y 22'774.524 mujeres), de los cuales más del 77% se encuentra en las áreas urbanas del país, en los 32 departamentos y en los 1119 municipios incluida Bogotá como Distrito Capital. La región Andina concentra más de la mitad de la población colombiana (56%) seguida por la costa Caribe (21.2%) y muy de cerca por la región Pacífica (17.3%); en los departamentos de la Amazonía y Orinoquía (5.4%) se encuentra la menor densidad de población. El 53.3% de la superficie total del país, 61 millones de hectáreas, cuenta con gran variedad de especies y riquezas en flora, fauna y reservas minerales fuente de los principales mecanismos de desarrollo del país.

Colombia experimenta cambios demográficos tales como el envejecimiento de la población, el descenso de las tasas de fecundidad y la rápida urbanización. La esperanza de vida al nacer aumentó de 70.9 años en el 2000 a 74 años en el 2008 (70.7 para los hombres y 77.5 para las mujeres), la fecundidad pasó de 2.86 hijos por mujer en 2000 a 2.45 en el 2008, con una población urbana del 75.1%. El crecimiento de la población ha estado entre el 1.44% y el 1.2% anual en los últimos ocho años.

Gráfica 1. Colombia: Pirámide poblacional, por edad y sexo, 1985, 1993 y 2008



FUENTE: Proyecciones DANE, Construcciones Así Vamos en Salud.

La pirámide poblacional, evidencia como la población ha venido estabilizándose considerablemente en los primeros años de vida pero incrementándose en los demás grupos, debido a una reducción en la tasa de natalidad, al incremento en la esperanza de vida y en menor medida a emigraciones. La distribución por sexo presenta diferencias, principalmente porque la población masculina ha decrecido en mayor proporción que la femenina, en las edades productivas. Colombia es considerada como un país de gran avance en la transición demográfica, al lograr controlar en un período corto, su tasa de crecimiento.

Las tasas globales de fecundidad en Colombia han venido descendiendo desde la década de los 60, con diferenciales regionales según el desarrollo socioeconómico. Ello influye en variables como la escolaridad de la mujer, la oportunidad de ingreso de la mujer al mercado de trabajo, la generalización en el uso de métodos anticonceptivos modernos y en el grado de urbanización, entre otros. La tasa de mortalidad infantil pasó de 45.82 defunciones infantiles (menores de 1 año por mil nacidos vivos) en el año 1985 a 19.9 en 2008. La mortalidad general presenta una reducción significativa principalmente por la reducción de las muertes violentas en el período 1990-2000 en los hombres.

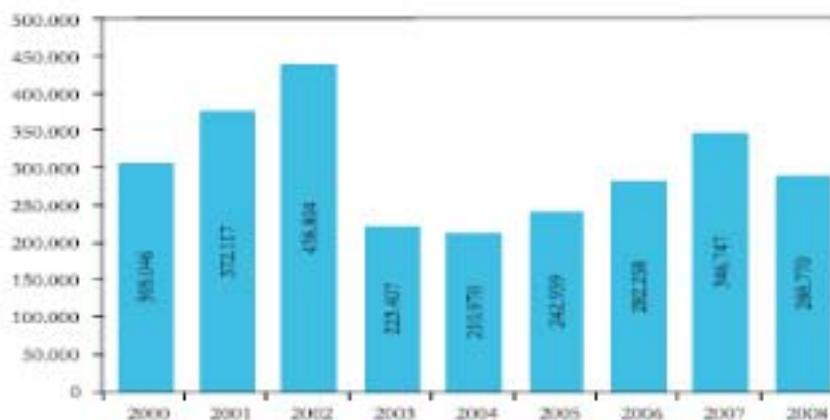
En un lapso de treinta años el país pasó de ser rural a ser urbanizado toda vez que las cabeceras representan desde 1985 aproximadamente el 65.4% de la población y la zona rural el 34.6%, asumiéndose que las ciudades seguirán creciendo a un ritmo sostenido. Frente a la migración y desplazamiento de la población la Encuesta Continua de Hogares de 2003 corrobora que en Colombia la migración es un fenómeno atribuido enteramente al éxodo interno ya que las corrientes inmigratorias externas escasamente representan 0.32% de la población total.

Cuadro 1. Colombia: Distribución de la población, 2000, 2004 y 2008

Dinámica de la población		2000	2004	2008
Tasa global de fecundidad por mujer		2,86	2,62	2,45
Tasa general de fecundidad por 1000		92,00	81,40	74,60
Número estimado de nacimientos		967.243	985.666	877.441
Tasa bruta de natalidad (NV x 1000)		24,20	22,3	19,86
Número estimado de defunciones		SD	242.115	258.256
Tasa bruta de mortalidad por 1000		6,22	5,48	5,81
Tasa de mortalidad infantil por 1000 NV (menores de 1 año)		20,4	16,3	19,9
Esperanza de vida al nacer	Total	70,90	72,17	74,00
	Hombres	67,07	69,17	70,67
	Mujeres	74,95	75,32	77,51

FUENTE: DANE, Estadísticas Vitales y MPS-OPS, Indicadores Básicos, Situación de Salud en Colombia, 2008.

Nota: SD (Sin Dato).

Gráfica 2. Colombia: Población desplazada por la violencia, 2000-2008


FUENTE: Acción Social a 30 de Noviembre de 2008. Tomado de Avances de la Política Social en Colombia.

La principal migración en el país, es interdepartamental, teniendo los migrantes internos acumulados (54.3%) como destino principalmente a la Capital de la República (con el 46.6% de la migración interregional), los departamentos del Valle de Cauca, Risaralda y Antioquia; de igual forma los desplazamientos, debidos principalmente a la violencia, se presentan generalmente dentro del propio departamento, movilizándose principalmente entre las áreas urbanas o cabeceras de los departamentos y en menor frecuencia dentro de las áreas rurales.

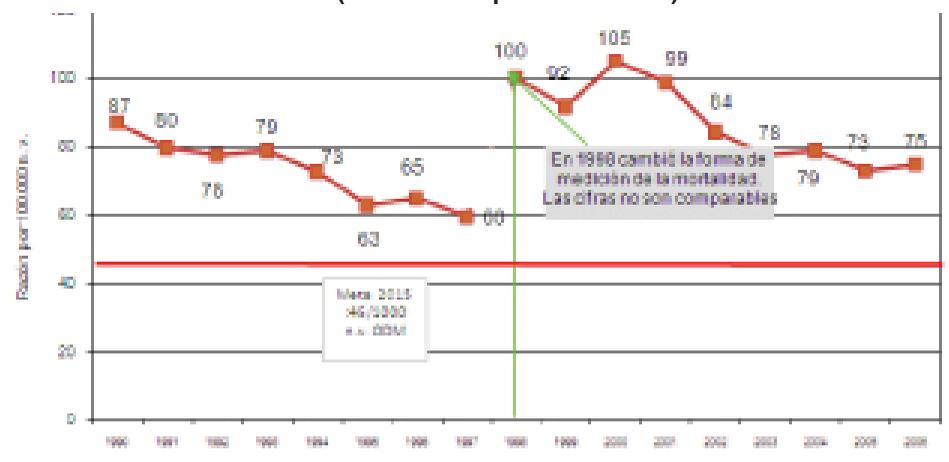
1.1.2. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

Mortalidad

El país viene haciendo importantes esfuerzos para mejorar sus indicadores de mortalidad en los principales grupos vulnerables, a partir del fortalecimiento de la gestión y de la capacidad institucional en las entidades territoriales, EPS, hospitales e IPS. El DANE¹ cuenta con información general de mortalidad hasta el año 2006, en el que el país alcanzó 444,2 defunciones por 100.000 hab., con una mayor tasa en hombres (519,4) que en mujeres (370,8).

Sobre la mortalidad materna, se ha generado un plan de choque para reducir las tasas, con una movilización social para el mejoramiento de la gestión en todos los actores. Este indicador tuvo sin embargo un cambio en la forma de medición, a pesar de lo cual se puede apreciar como en la última década se ha reducido la razón de mortalidad materna, al pasar de 100 defunciones por 100.000 n.v. en 1998 a 75 en 2006, requiriendo sin embargo la continuidad del esfuerzo para cumplir la meta ODM de 45 defunciones por 100.000 n.v. en 2015.

Gráfica 3. Colombia: Mortalidad materna, 1990-2006
(defunciones por 100.000 n.v.)

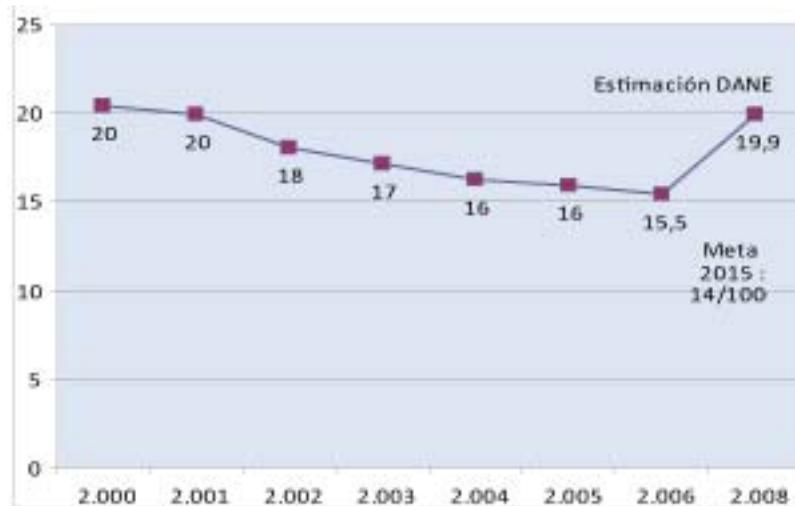


FUENTE: DANE, Estadísticas Vitales y Registraduría Nacional.

Sobre la población infantil, se viene desarrollando un marco de políticas públicas tendientes a fortalecer la vida, el entorno y los derechos de esta población a partir de lo establecido en el Código de Infancia y Adolescencia (Ley 1098 de 2006). El compromiso político se evidencia en el desarrollo desde la mayoría de actores de planes de acción en favor de la infancia y en el caso particular del MPS en la inclusión de estrategias para la reducción de la mortalidad y morbilidad como las estrategias Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMM) y Atención a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) dentro de los planes de salud pública nacional y de los territoriales.

1 El Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) es la entidad responsable de la planeación, levantamiento, procesamiento, análisis y difusión de las estadísticas oficiales de Colombia.

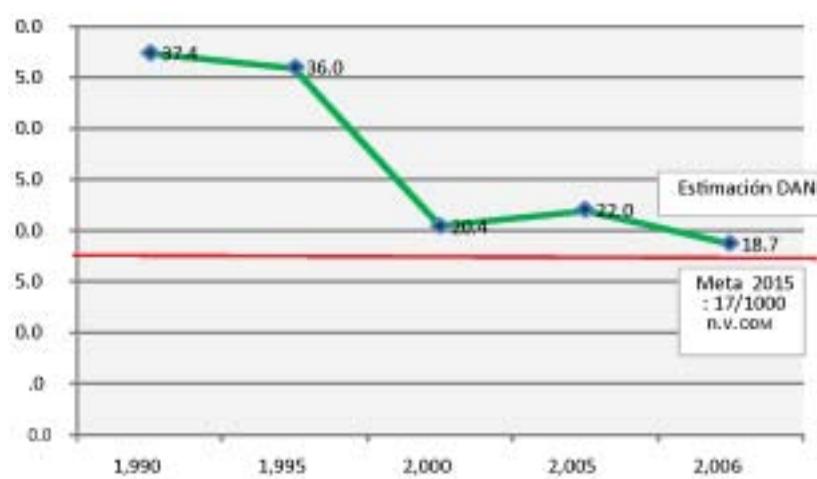
**Gráfica 4. Colombia: Mortalidad infantil, 2000-2008
(defunciones en menores de 1 año por 1000 n.v.)**



FUENTE: DANE, Estadísticas Vitales y Registraduría Nacional.

Se ha logrado una reducción en la tasa de mortalidad de menores de 1 año, al pasar de 123,2 defunciones por 1000 nacidos vivos en 1950 a 15,5 para el 2006, aun cuando para el 2008 la estimación proyectada es de 19.9 y para el total de los menores de 5 se ha pasado de una tasa de 37 en 1990 a una de 22 en 2005 y a una estimación en el 2006 de 18.7 por 1000 nacidos vivos. En ambos casos los indicadores se aproximan a las metas ODM planteadas por el país para el 2015.

**Gráfica 5. Colombia: Mortalidad en menores de 5 años, 1990, 1995, 2000, 2005-2006
(por 1.000 n.v.)**



FUENTE: DANE, Estadísticas Vitales y Registraduría Nacional.

Otras tasas de mortalidad relacionadas con la infancia se presentan a continuación, todas ellas con reducciones a través del tiempo que dan cuenta del impacto tenido por las políticas.

Cuadro 2. Colombia: Mortalidad infantil, 1990, 1995, 2000, 2002, 2004-2006

Indicadores de mortalidad	1990	1995	2000	2005
Mortalidad neonatal (tasa x 1000 n.v.)	15	19	15	12
Mortalidad postneonatal (tasa x 1000 n.v.)	12	9	7	6
Mortalidad en niños de 1 a 4 años (tasa x 1000 niños 1-4 años)	8	8	4	3
	2000	2002	2004	2006
Mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años (tasa por 100.000 hab.)	21,8	18,7	15,0	11,6
Mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años (tasa por 100.000 hab.)	34,2	25,5	24,0	26,0

FUENTE: ENDS1990, 1995, 2000 Y 2005; DANE 2000, 2002, 2004 Y 2006.

En la población adulta predomina la mortalidad por enfermedades crónicas; en hombres la primera causa está dada por los homicidios con una tasa de 81,4 por 100.000 hab., seguida por enfermedad isquémica del corazón con una tasa de 69,9 por 100.000 hab. En las mujeres predomina la enfermedad isquémica del corazón aunque con una tasa menor que la de los hombres, de 53 por 100.000 hab. seguida por enfermedades cerebro vasculares con 34,4 por 100.000 hab.

**Cuadro 3. Colombia: 20 Primeras causas de mortalidad en mujeres y hombres, 2005
(tasa por 100.000 hab.)**

MUJERES		
Causa básica según Lista 6/66 OPS (CIE-10)	Total	
	Muertes	Tasa
303-Enfermedades isquémicas del corazón	11.521	53
307-Enfermedades cerebrovasculares	7.463	34
605-Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	4.414	20
601-Diabetes mellitus	4.128	19
109-Infecciones respiratorias agudas	3.284	15
611-Resto de enfermedades del sistema digestivo	2.811	13
302-Enfermedades hipertensivas	2.775	13
213-Otros tumores malignos	2.391	11
304-Enf. cardiopulmonar, de la circulación pulmonar y otras formas de enf. del corazón	2.257	10
616-Residuo	2.233	10
209-Tumor maligno del útero	2.126	10

612-Enfermedades del sistema urinario	1.954	9
208-Tumor maligno de la mama	1.853	9
306-Insuficiencia cardiaca	1.850	9
201-Tumor maligno del estómago	1.811	8
512-Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	1.637	8
206-Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	1.438	7
204-Tumor maligno hígado y vías biliares	1.362	6
700-Síntomas, signos y afecciones mal definidas	1.355	6
212-Tumor maligno del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y tejidos afines	1.307	6
HOMBRES		
Causa básica según Lista 6/66 OPS (CIE-10)	Total	
	Muertes	Tasa
512-Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	17.231	81,4
303-Enfermedades isquémicas del corazón	14.801	69,9
307-Enfermedades cerebrovasculares	6.370	30,1
605-Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	5.550	26,2
501-Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	4.786	22,6
109-Infecciones respiratorias agudas	3.349	15,8
601-Diabetes mellitus	3.139	14,8
611-Resto de enfermedades del sistema digestivo	2.835	13,4
201-Tumor maligno del estómago	2.729	12,9
213-Otros tumores malignos	2.401	11,3
302-Enfermedades hipertensivas	2.391	11,3
210-Tumor maligno de la próstata	2.277	10,8
206-Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	2.259	10,7
612-Enfermedades del sistema urinario	2.161	10,2
304-Enf. cardiopulmonar, de la circulación pulmonar y otras formas de enf. del corazón	2.111	10
108-Enfermedad por el VIH/SIDA	1.837	8,7
700-Síntomas, signos y afecciones mal definidas	1.812	8,6
306-Insuficiencia cardiaca	1.806	8,5
511-Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), inclusive secuelas	1.653	7,8
404-Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	1.651	7,8

FUENTE: DANE, Dirección de Censos y Demografía, Archivo de Defunciones 2005 y Datos del Censo General 2005.

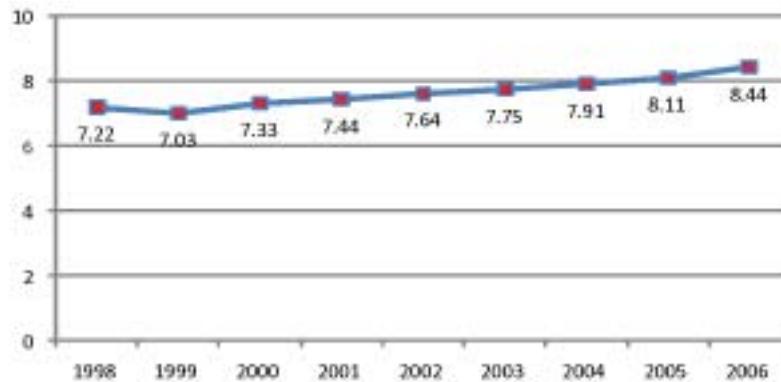
El comportamiento de la mortalidad por enfermedades crónicas en el periodo entre el 2000 y el 2006, se mantiene constante teniéndose como principales causas las enfermedades del aparato circulatorio, la enfermedad isquémica del corazón, las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes en mayores de 44 años, y la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en personas de 35 y mas años.

Morbilidad

En la infancia, el fortalecimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, que aumentó de 24,1% a 42,2% y el incremento en el tiempo del periodo de lactancia a 14,9 meses han aportado a la reducción de la mortalidad y de las complicaciones de salud. A pesar de ello la prevalencia de bajo peso al nacer ha tenido una tendencia de incremento en los últimos años, es decir que se ha incrementado el número de niños nacidos con peso inferior a 2.500 gramos.

Esta situación puede estar asociada a las condiciones durante el periodo de la gestación, dado que debe tenerse presente que no se ha logrado el impacto esperado en la reducción del embarazo no deseado y en la reducción del embarazo en adolescentes; de otra parte aún cuando se ha incrementado el parto institucional, aún en las zonas dispersas es marcada la atención no institucional y la dificultad en la realización de controles prenatales. La meta del país para el logro de los ODM es contar en 2015 con embarazos en adolescentes por debajo del 15%, sin embargo la proporción se ha incrementado de 12.8% en 1990 a 20.5% en 2005.

**Gráfica 6. Colombia: Prevalencia de bajo peso al nacer, 1998-2006
(por 100 n.v.)**



FUENTE: DANE, Tomado de Así Vamos en Salud.

Ante este panorama y ante la escasa información que se tiene de la situación nutricional en las gestantes, se formuló la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional que involucra a actores de diversos sectores además de la salud como agricultura, ambiente, trabajo, comercio, etc., fortaleciendo estrategias como IAMI y AIEPI.

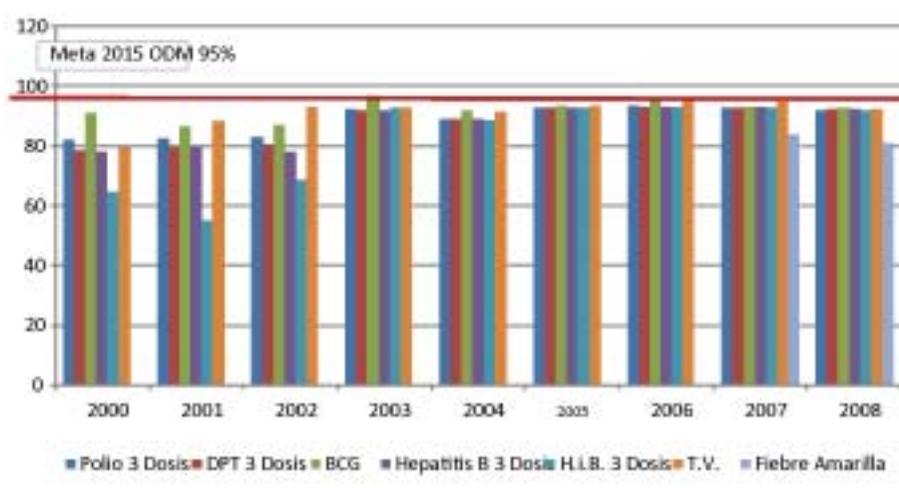
En el 2005 se realizó la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) evidenciando como en la zona rural las situaciones generalmente son más críticas, pero como en general se han mejorado progresivamente las condiciones en la infancia a través del tiempo.

Cuadro 4. Colombia: Prevalencia de desnutrición, 1995, 2000 y 2005

Niveles de nutrición	Zona	Menores de 5 años			5 a 9 años	10 a 17 años
		1995	2000	2005	2005	
Crónica (talla para la edad)	Rural	19,1	19,4	17,1	18,5	24
	Urbana	12,5	10,8	9,5	9,7	12,9
	Total	15	13,5	12,1	12,6	16,2
Global (peso para la edad)	Rural	11,4	8,9	9,7	7,5	8,9
	Urbana	6,6	5,7	5,6	4,4	5,6
	Total	8,4	6,7	7	5,4	6,6
Aguda (peso para talla)	Rural	2,1	1	1,3	1,2	--
	Urbana	1	0,7	1,2	1,1	--
	Total	1,4	0,8	1,2	1,1	--

FUENTE: ENSIN-2005; ENDS 1995-2000-2005.

Para el mejoramiento de las coberturas de vacunación del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), se ha puesto en marcha un Plan Estratégico con recursos de la banca multilateral por 133,7 millones de dólares, a partir del cual se introdujo la vacuna pentavalente gracias a la cual prácticamente se ha eliminado la meningitis por haemophilus influenza tipo b y se han reducido en cerca de un 50% las neumonías y otitis media por este agente patógeno. Igualmente a partir del segundo semestre de 2005 se introdujo al esquema regular, la vacunación con influenza viral en niños de 6 a 18 meses de edad y en adultos mayores de alto riesgo y se encuentra en trámite el estudio de costo efectividad de la vacuna contra rotavirus y la vacuna conjugada contra neumococo.

Gráfica 7. Colombia: Coberturas de vacunación para triple viral y DPT, 2000-2008


FUENTE: MPS, PROGRAMA MIPAIOSFT.

Cuadro 5. Colombia: Lesiones de causa externa, 2003-2007

Lesiones Fatales		2003	2004	2005	2006	2007
		Casos				
Homicidios		22.199	18.888	17.331	16.724	16.318
Muertes en accidente de tránsito		5.632	5.483	5.418	5.486	5.642
Suicidios		1.938	1.817	1.786	1.751	1.775
Muertes accidentales y otros accidentes de transporte		3.119	3.149	3.234	3.127	3.223
Muerte violenta Indeterminada		318	387	692	936	732
Lesiones No Fatales		Casos				
Lesiones interpersonales		93.864	86.478	114.323	119.099	135.475
Lesiones en accidente de tránsito		36.743	35.914	37.691	40.114	44.702
Violencia intrafamiliar	Conyugal o de pareja	37.952	36.901	42.776	43.319	46.315
	Entre otros familiares	14.268	13.022	16.049	15.990	17.510
	Al menor	10.211	9.847	12.525	13.540	13.920
Dictamen sexológico		14.239	17.912	18.474	19.592	20.273
Otras lesiones no fatales de origen accidental y otros accidentes de transporte		2.791	3.343	5.729	6.602	6.303

FUENTE: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

En la población adulta, no puede ocultarse que una de las principales causas de morbilidad y mortalidad son las lesiones de causa violenta; sin embargo estas han venido reduciéndose de forma progresiva como en el caso de los homicidios que se redujeron en un 40% entre 2002 y 2007, a causa de la reducción de los atentados terroristas que bajaron un 76% entre los mismos años y el secuestro extorsivo que se redujo en un 87% según cifras de entidades relacionadas con el manejo de este conflicto en el país.

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, como organismo encargado de realizar el seguimiento y notificación de lesiones violentas reporta reducciones en algunas de las tasas relacionadas con condiciones de conflicto social como en la tasa de homicidios pero también en la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito.

Cuadro 6. Colombia: Lesiones de causa externa, 1996, 1998 y 2000-2008
(tasas por 100.000 hab.)

Indicadores	1996	1998	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Tasa de homicidios	66	54	61	64	50	42	41	33	37	34
Tasa de necropsias de suicidios	4.1	5.0	4.9	4.7	4.4	4.0	3.9	4.1	4.0	4.0
Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito	SD	18.6	15.5	13.9	12.7	12.1	12.9	12.7	12.8	13
Tasa de lesiones personales	SD	269	125	245	211	191	248	277	304	285
Tasa de lesiones por accidentes de tránsito	SD	129	122	98	83	79	84	93	102	103

FUENTE: Forensis 2000 a 2008. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Adicional a estas condiciones siguen estando presentes afecciones de salud tradicionales. La tuberculosis se mantiene relativamente estable en el país, a pesar de los grandes esfuerzos de recursos y de las estrategias para su prevención y control (tasa de 26 para 2002 y de 24,6 para 2006) en tanto la lepra ha presentado reducción debido a los controles dispuestos y al mantenimiento de los medicamentos (reducción de 1.7 en 2000 a 0.21 en 2006); anualmente tanto para estas dos patologías como para la malaria, el dengue, la fiebre amarilla, la leishmaniasis y otras enfermedades transmisibles el gobierno nacional realiza la compra de los medicamentos e insumos para el tratamiento de las personas y para el control de los vectores, habiéndose incorporado nuevos esquemas de tratamiento y nuevas pruebas rápidas para agilizar el diagnóstico y por tanto garantizar una atención mas oportuna.

Cuadro 7. Colombia: Enfermedades transmisibles, 2000, 2002, 2004 y 2006
(tasas por 100.000 hab.)

Enfermedades transmisibles	2000	2002	2004	2006
Tuberculosis (TBC)	25	26	24,03	24,64
TBC con baciloscopia positiva	SD	17,8	16,96	17,62
Lepra	1,7	0,45	0,3	0,21
Sarampión	0,1	0,31	0	0
Difteria	SD	0,04	0	0
Tosferina	SD	0,27	0,11	4,73
Meningitis por haemophilus influenzae	SD	SD	SD	0,05
Tétanos neonatal	0,9	1,26	0,02	0,01

FUENTE: Instituto Nacional de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia. SIVIGILA.

Nota: SD (Sin Dato).

Cuadro 8. Colombia: Enfermedades vectoriales, 2000, 2002, 2004 y 2006
(tasas por 100.000 hab.)

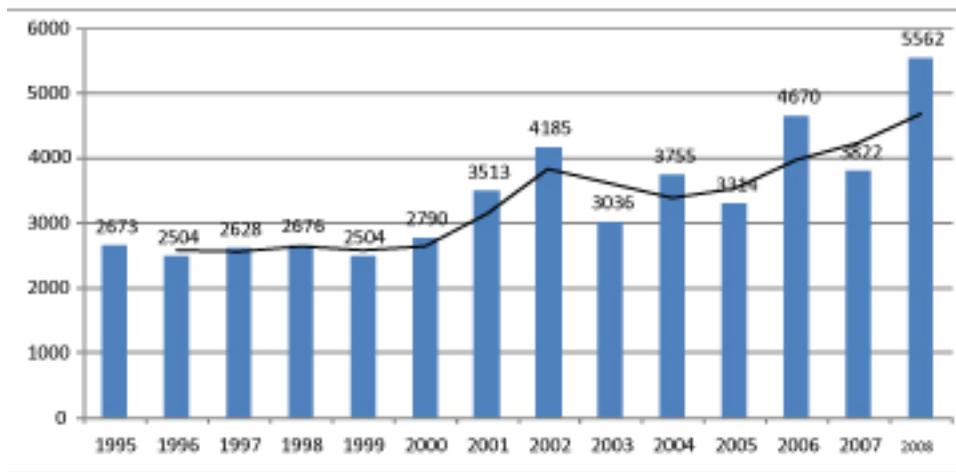
Enfermedades vectoriales	2000	2002	2004	2006
Fiebre amarilla	0,01	0,05	0,07	0,01
Dengue	58,1	188,23	54,01	171,87
Malaria	327,0	699,69	271,94	1.089,84

FUENTE: Instituto Nacional de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia. SIVIGILA.

Las muertes por malaria y por dengue siguen siendo altas frente a la meta establecida para dar cumplimiento a los ODM. Para el 2015 se espera que la mortalidad por malaria sea de 34 casos, pero se han reducido los casos de 180 en 1990 a 119 en 2004. En el caso del dengue en 1990 se tenían 16 casos, pero estos se han incrementado hasta tenerse en 2004, 70 casos cuando la meta es de 46, aunque es importante reconocer que se tuvo un pico en 2002 cuando se contó con 157 casos.

En el caso de las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA se mantiene como una prioridad. En el país el primer caso fue reportado hacia 1983, pero solo hasta varios años después se inició el proceso de notificación de esta condición, que a 2008 presentó un total general de casos reportados de 55.852 según el Observatorio Nacional de Gestión en VIH/SIDA con corte a mayo de 2009.

Gráfica 8. Colombia: Casos de VIH/SIDA reportados, 1995-2008



FUENTE. Base de Datos Nacional VIH/SIDA; Instituto Nacional de Salud-MPS.

La proporción de incidencia de VIH/SIDA ha pasado de 6.8 en 1997-1998 a una tasa de 12.5 para 2008 con una razón hombre mujer que ha oscilado entre 3.8 y 3.1 en el mismo periodo². El 77% de los casos se mantienen bajo condición clínica de VIH en tanto el 23% presenta condición de SIDA. En los hombres los

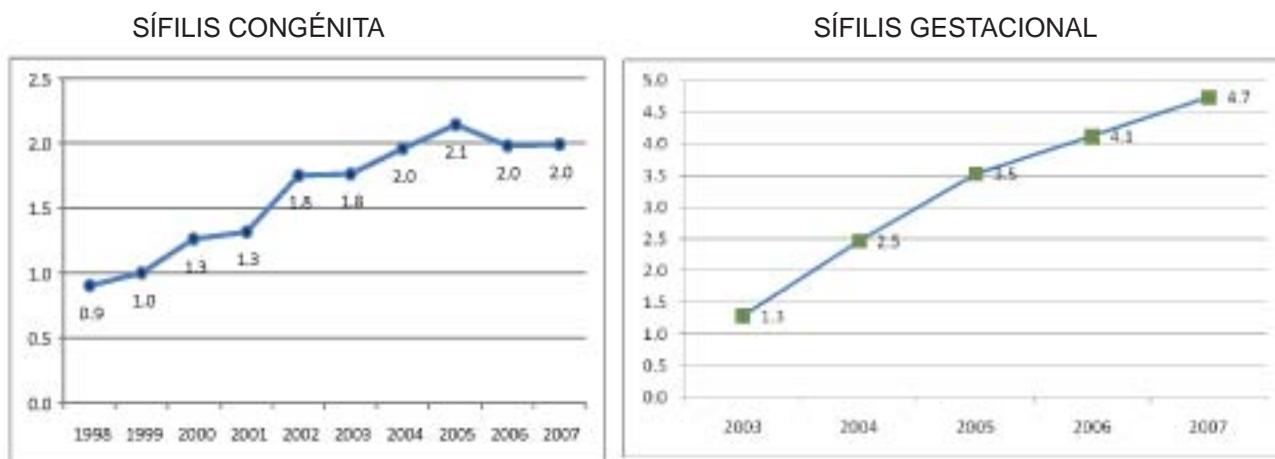
² Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/SIDA. Datos básicos de la epidemia por VIH/sida en Colombia. Ministerio de la Protección Social, Mayo 2009.

principales mecanismos probables de transmisión son los contactos heterosexuales y los homosexuales, en tanto en las mujeres la principal transmisión se da de forma heterosexual. Es importante también considerar la transmisión perinatal por el riesgo en los infantes que desde el inicio de la epidemia se ha reportado en 894 casos sobre los cuales se adelantan ingentes esfuerzos para evitarlo a través del suministro de tratamiento con antirretrovirales en madres desde la gestación. La tasa de mortalidad ha oscilado entre 3.68 en 1998 y 5.40 en 2006.

También se ha venido haciendo énfasis en el control de la sífilis en especial de la sífilis congénita, dentro de las infecciones transmitidas sexualmente (ITS), que debía estar por debajo de 0.5 casos por 1.000 n.v. pero que se ha visto incrementada desde 1998 cuando la incidencia era de 0.9 hasta el 2007 cuando la incidencia se calcula, llegó a 2.0 casos por 1.000 n.v. El pico más alto se presentó en el 2005 al presentarse una incidencia de 2.1.

La presencia de la sífilis congénita está ligada a la sífilis gestacional, que ha tenido un crecimiento aún mayor durante los últimos años, al pasar de 1.3 en 2003 a 4.7 para 2007. En ambos casos el incremento puede deberse a un aumento en la notificación de casos y por tanto a una mejora del sistema de vigilancia, pero también lleva a considerar la no oportunidad en el diagnóstico (aplicación de pruebas de tamizaje durante los controles prenatales) y/o en la prestación de los servicios de atención y controles prenatales.

Gráfica 9. Colombia: Proporción de incidencia de sífilis congénita y razón de sífilis gestacional, 1998 – 2007* y 2003 – 2007*



FUENTE. Instituto Nacional de Salud – MPS (*2007 proyección a partir de población 2006).

A pesar de contar con lineamientos claros a través de protocolos de vigilancia y guías de atención, se presentaron 21 casos de mortalidad con causa básica de sífilis congénita (letalidad de 1.1%) de los casos notificados en 2007 y solo el 67% de los casos de sífilis congénita y el 84% de las gestantes recibieron tratamiento.

Discapacidad

El censo del 2005, pudo establecer que Colombia presenta una prevalencia de 6,4% personas con discapacidad teniendo por lo menos una limitación.

Cuadro 9. Colombia: Prevalencia de la discapacidad según tipo de limitación, 1993 y 2005

Tipo de Discapacidad	1993	2005
Personas con por lo menos una limitación	ND	6,4
Personas con limitaciones para ver	34,5	43,5
Personas con limitaciones para caminar	ND	29,3
Personas con limitaciones para oír	24,8	17,3
Personas con limitaciones para usar brazos y manos	18,0	14,7
Personas con limitaciones para hablar	6,1	12,9
Personas con limitaciones para entender aprender	16,6	12,0
Personas con limitaciones para relacionarse con los demás	ND	9,8
Personas con limitaciones para su autocuidado	ND	9,4
Personas con otra limitación	ND	18,8
Total	100.00	100.00

FUENTE: DANE. Censos 1993 y 2005.

Nota: ND - No Disponible.

La población con mayores limitaciones permanentes son los adultos y más los hombres que las mujeres, excepto en los mayores de 85 años en donde las mujeres si presentan mayores discapacidades. Según el número de limitaciones por persona, el 71,2% presentan una sola, el 14,5% dos, el 5,7% tres y el 8,7% más de tres limitaciones permanentes.

La esperanza de vida al nacer de las mujeres es en promedio de 76.1 años y en hombres de 70.6 de los cuales 18.2 años y 17.8 años respectivamente, se constituyen en años de vida con discapacidad, según la carga de enfermedad de 2007, presentada por el Cendex.

Años de Vida Saludables Perdidos (Avisas)

La carga global de enfermedad se estimó para Colombia en el año 2005 en 280 AVISAS totales por cada mil personas, 207 por mil atribuibles a AVISAS de discapacidad y 73 por mil a AVISAS de mortalidad. Los Años de Vida Perdidos por Discapacidad (AVD) superan en 45% los Años Perdidos por Muerte Prematura (APMP); siendo mas marcada la diferencia entre las mujeres, pues el 79% de los AVISAS totales corresponden a AVD, mientras que en hombres esta proporción desciende hasta 70%³.

En las mujeres de todas las edades las cinco principales causas según AVISAS, se relacionan con los trastornos depresivos (51.135 AVISAS totales, 51.133 por discapacidad y 0.003 por mortalidad), las enfermedades hipertensivas (45.423 AVISAS totales, 44.490 por discapacidad y 0.933 por mortalidad), caries dental (21.787 AVISAS totales dados en su totalidad por discapacidad); asfixia y trauma al nacer (13.642 AVISAS totales, 10.993 por discapacidad y 2.649 por mortalidad), y el bajo peso al nacer (10.839 AVISAS totales, 10.706 por discapacidad y 0.132 por mortalidad); y glaucoma (9.437 AVISAS totales dados en su totalidad por discapacidad).

En los hombres, si bien se tienen algunas diferencias frente a las mujeres, son relevantes los AVISAS debidos a agresiones que ocupan el cuarto lugar. Se relacionan con las enfermedades hipertensivas (61.829 AVISAS totales, 60.974 por discapacidad y 0.885 por mortalidad), los trastornos depresivos (43.372 AVISAS totales dados en su totalidad por discapacidad), caries dental (30.882 AVISAS totales dados en su totalidad por discapacidad); agresiones (27.171 AVISAS totales, 0.067 por discapacidad y 27.104 por mortalidad), asfixia y trauma al nacer (17.417 AVISAS totales, 13.475 por discapacidad y 3.942 por mortalidad); y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (12.007 AVISAS totales, 10.478 por discapacidad y 1.529 por mortalidad).

1.1.3.OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM)

Colombia asumió el compromiso del trabajo para el logro de los Objetivos del Milenio a 2015, mediante el documento Conpes Social 91 de 2005, estableciendo metas que fueron integradas dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 "*Estado Comunitario: Desarrollo para todos*". A partir de la información que provee el Departamento Nacional de Desarrollo, responsable del seguimiento a las metas nacionales, se presentan a continuación los datos disponibles de esta entidad.

3 Cendex-Pontificia Universidad Javeriana. Carga de la Enfermedad en Colombia 2005, Resultados Alcanzados. Documento Técnico ASS/1502-08 Bogotá, octubre de 2008.

Cuadro 10. Colombia: Seguimiento a los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre		
Meta a 2015 para Colombia	Línea de Base (1991)	Situación Actual
Reducir a 28.5% el porcentaje de personas en pobreza	53.8%	45.1% (2006)
Reducir a 8.8% el porcentaje de personas que viven en pobreza extrema (indigencia)	20.4%	12%
Reducir a 3% los niños menores de 5 años con desnutrición global (para la edad)	10% (1990)	7% (2005)
Objetivo 2. Lograr la Educación Primaria Universal		
Meta a 2015 para Colombia	Línea de Base (1992)	Situación Actual
Tasa de analfabetismo de 1% para personas entre 15 y 24 años	3.77%	2.1%
Tasa de cobertura bruta del 100% para educación básica (preescolar, básica primaria, básica secundaria)	76.8%	92%
Tasa de cobertura bruta del 93% para educación media	59.11%	65% (2005)
Alcanzar en promedio 10.63 años de educación para la población entre 15 y 24 años	7 años	9 años (2005)
Disminuir la repetición a 2.3% en educación básica y media	6.1% (2002)	6% (2003)
Objetivo 3. Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer		
Meta a 2015 para Colombia	Avances	
Desarrollar, con una periodicidad de al menos cada cinco años, la medición de la magnitud y características de la violencia de pareja en el país y definir las metas anuales de reducción.	<p>1. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) se realiza periódicamente cada cinco años desde 1990 y es cofinanciada por el Ministerio de la Protección Social. La encuesta cuenta con un módulo de violencia contra las mujeres y los niños.</p> <p>2. El Observatorio de Asuntos de Género de la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer hace seguimiento anual a indicadores en 5 ejes temáticos para monitorear las condiciones de inequidad entre hombres y mujeres.</p> <p>3. Se tiene información sobre la participación de las mujeres en los niveles de gobierno territorial (2001-2003): Gobernaciones (6.25%), Asambleas Departamentales (13.84%), Alcaldías (7.3%) y Consejos Municipales (12.89%).</p> <p>4. Se tiene información sobre la participación de las mujeres en el Congreso de la República (2002-2006): Senado (11.76%), Cámara (11.98%).</p>	
A 2008 implementar y mantener en operación una estrategia intersectorial de vigilancia en salud pública para combatir la violencia intrafamiliar, especialmente la ejercida contra la pareja.		
Incorporar y mantener el seguimiento a la equidad de género en materia salarial y calidad del empleo, en el marco del sistema de información sobre calidad y pertinencia del Sistema Nacional de Formación para el Trabajo.		
Incrementar por encima del 30% la participación de la mujer en los niveles decisorios de las diferentes ramas y órganos del poder público.		

Objetivo 4. Reducir la Mortalidad en menores de 5 años		
Meta a 2015 para Colombia	Línea de Base (1990)	Situación Actual
Reducir la mortalidad en menores de 5 años a 17 muertes por 1.000 n.v.	37	22
Reducir la mortalidad en menores de 1 año, a 14 muertes por 1.000 n.v.	31	19
Alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en el 95%, con el PAI para los menores de 5 años, en todos los municipios y distritos del país	86% (1994)	87.3%
Objetivo 5. Mejorar la salud sexual y reproductiva		
Meta a 2015 para Colombia	Línea de Base (1990)	Situación Actual
Reducir la razón de mortalidad materna a 45 muertes por 100.000 n.v.	100 (1998)	75.0 (2006)
Incrementar a 90% el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales	66%	83.1% (2005)
Incrementar la atención institucional del parto a 95%	76.3%	97.1% (2006)
Incrementar la atención del parto por personal capacitado (médico o enfermera) a 95%	80.6%	90.7% (2005)
Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en el 75% de la población sexualmente activa	59% (1995)	68.2% (2005)
Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en el 65% de la población entre 15 y 19 años sexualmente activa	38% (1995)	66.1% (2005)
Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, manteniendo esta cifra por debajo del 15%	13%	20.5% (2005)
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5.5 muertes por 100.000 mujeres	13	10.9 (2003)
Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y el dengue		
Meta a 2015 para Colombia	Línea de Base (1990)	Situación Actual
Mantener la prevalencia de infección por VIH por debajo del 1.2% en población de 15 a 49 años	0.7% (2004)	0.7% (2004)
Aumentar en 30 puntos porcentuales la cobertura de terapia antiretroviral a las personas que lo requieran	52.3% (2003)	54.8% (2005)
Reducir en 85% los casos de mortalidad por malaria	227 (1998)	155 (2002)
Reducir en 45% la incidencia de malaria en municipios con malaria urbana	17/1.000 (2003)	17/1.000 (2003)
Reducir en 80% los casos de mortalidad por dengue	229 (1998)	157 (2002)
Reducir a menos de 10% y mantener en estos niveles los índices de infestación de Aedes en los municipios con categorías especial, 1 y 2 por debajo de 1.800 mts. sobre el nivel del mar	30% (2003)	30% (2003)

Objetivo 7. Garantizar la sostenibilidad ambiental		
Meta a 2015 para Colombia	Línea de Base (1990)	Situación Actual
Reforestar en promedio por lo menos 30.000 hectáreas anuales entre 2003 y 2015	23.000 (2003)	30.462 (Promedio 2002-2006)
Consolidar las áreas protegidas del Sistema de Parques Nacionales Naturales (SPNN)	10.320.224 (2004)	1.062.602 nuevas hectáreas 49 de 51 áreas del SPNN con planes de manejo
Eliminar para el año 2010 el Consumo de Sustancias Agotadoras de la Capa de Ozono	1.000 toneladas (2003)	440 toneladas reducidas (2006)
Construcción de 2'292.354 viviendas de interés social (VIS)	--	355.885 (acumulado 2002-2006)
Atención a 449.000 hogares que requieren mejoramiento de vivienda	--	68.000 (acumulado 2002-2006)
Incorporar nuevos habitantes urbanos a la infraestructura de acueducto	94.6%	97.9% (2005)
Incorporar nuevos habitantes urbanos a la infraestructura de alcantarillado	81.8%	92.4% (2005)
Incorporar nuevos habitantes rurales al acueducto	41.1%	70.7% (2005)
Incorporar nuevos habitantes rurales al saneamiento básico	51.0%	66.6% (2005)

FUENTE: Departamento Nacional de Planeación (DNP), Dirección de Desarrollo Social. Estado de avance en el cumplimiento de los ODM – Conpes Social 91. 2008.

Se aclara que la información presentada es la información proveniente de la entidad que hace seguimiento a las metas y que las diferencias con otros datos presentados pueden deberse a los ajustes realizados con posterioridad al informe del DNP.

1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD

1.2.1. DETERMINANTES POLÍTICOS

La Constitución Política, define al país como un Estado social de derecho organizado en forma de república unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

El territorio físico cuenta con 1.141.748 km² de superficie continental y una franja de 19 km² sobre cada costa (contando con las islas), de los cuales 339.500 km² son del Pacífico y 589.160 del Caribe, para una superficie total de 2.070.408 km². Forman parte de Colombia, además del territorio continental, el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, la isla de Malpelo, además de las islas, islotes, cayos, morros y bancos que le pertenecen; igualmente hacen parte el subsuelo, el mar territorial, la zona contigua, la plataforma continental, la zona económica exclusiva, el espacio aéreo, el segmento de la órbita geoestacionaria, el espectro electromagnético y el espacio donde actúa, de conformidad con el Derecho Internacional o con las leyes colombianas a falta de normas internacionales⁴.

El Estado cuenta con tres ramas del poder público, **el poder legislativo**, en manos del Congreso formula las leyes, ejerce control político sobre el Gobierno y la Administración, y representa políticamente a los ciudadanos; **el poder judicial**, que a través de los tribunales y las cortes, se encarga de solucionar los conflictos y controversias entre los ciudadanos y entre el Estado y los ciudadanos administrando justicia y decidiendo sobre cuestiones jurídicas controvertidas, y **el poder ejecutivo**, en cabeza de la Presidencia de la República, debe planificar, orientar, impulsar y ejecutar las leyes emanadas del Congreso.

La organización estatal, centraliza las funciones políticas del Estado en el nivel nacional en tanto las funciones administrativas son descentralizadas, es decir compartidas entre el nivel nacional y los niveles departamentales y locales, con lo cual se otorga cierta autonomía para que se manejen a sí mismos planificando y realizando inversiones para el desarrollo y orientación de sus municipios; los municipios por su parte promueven el desarrollo local, siendo los ejecutores básicos del gasto público. En lo fiscal, se ha buscado un sistema de financiamiento para garantizar el principio de equilibrio entre recursos y competencias, constituido por la tributación propia de cada nivel de gobierno, por los recursos provenientes de la venta de bienes y servicios por parte de las mismas, por el Sistema General de Participaciones, las Regalías y los recursos del crédito (banca comercial, banca institucional, títulos de deuda pública).

La formulación de las políticas públicas tiene como marco de referencia la Constitución Política de 1991 y en cada gobierno el Plan Nacional de Desarrollo, es uno de los principales trazadores de las políticas nacionales. Las Leyes 812 de 2003 y 1151 de 2007 adoptaron los últimos Planes Nacionales de Desarrollo que han guiado el rumbo del país desde el año 2002, en los cuales las prioridades se han centrado en la seguridad democrática para la defensa de la soberanía nacional, el control de la producción de drogas ilícitas, combatir el narcotráfico y otras formas de crimen organizado, el fortalecimiento de la justicia y de la fuerza pública; el crecimiento económico sostenible y la generación de empleo; la construcción de equidad social, haciendo énfasis en el mejoramiento de la educación, en ampliar y mejorar la protección y seguridad social, impulsar la economía solidaria, realizar un manejo social del campo y mejorar la calidad de vida urbana; la renovación de la administración pública a través de promover el fortalecimiento de la participación ciudadana, la adopción de una nueva cultura de gestión de lo público y el avance en la descentralización y su articulación con el ordenamiento territorial; fortalecimiento de proyectos de inversión regionales; la construcción de cohesión social, y la transparencia y el respeto a la independencia de instituciones del Estado⁵.

4 Constitución Política de Colombia. 1991 Artículos 101.

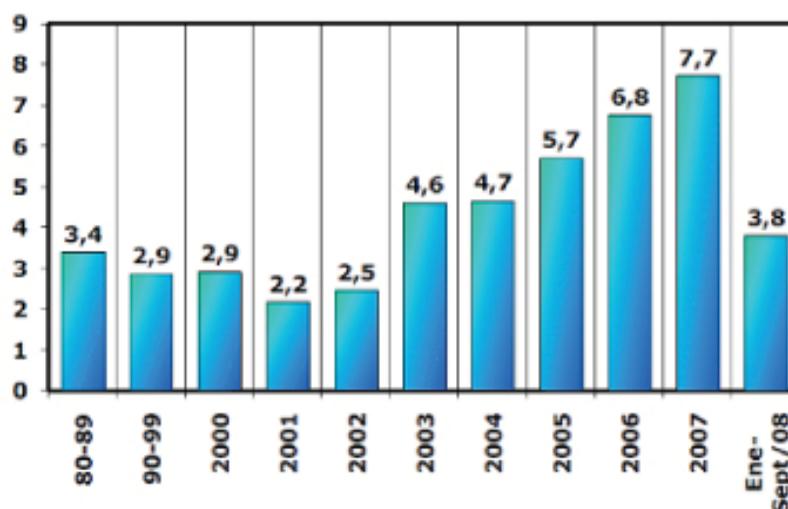
5 Congreso de la República, Ley 812 de 2003, Plan Nacional de Desarrollo 2002-2005 y 1151 de 2007 Plan Nacional de Desarrollo 2007 - 2010.

1.2.2. DETERMINANTES ECONÓMICOS

Las condiciones macroeconómicas son uno de los principales determinantes de la salud y de la calidad de vida de las poblaciones. El Producto Interno Bruto (PIB) en la última década pasó de 78 millones de dólares a más de 230 millones⁶ (incremento alrededor del 300%), lo que hace que igualmente el PIB per cápita se haya incrementado en un 263% en el mismo periodo aún cuando se tuvo una pérdida importante en el último año debido a la crisis económica global. El crecimiento económico tuvo un incremento promedio en los últimos seis años de 5.1%, siendo el período de mayor crecimiento de los últimos 30 años, con un aporte muy importante de todos los sectores económicos.

Uno de los principales pilares del crecimiento es la recuperación de la inversión que aumentó de 16.5% en 2002 a 26.5% del PIB en el 2008, gracias a los incentivos generados por la política de confianza inversionista, al buen desempeño de las exportaciones, los altos precios de las mismas, los flujos de remesas, y una política monetaria que permitió la expansión del crédito a las empresas y a los hogares⁷. En la misma dirección, la tasa de ahorro aumentó de 15.1% a 23.7% del PIB.

Gráfica 10. Colombia: Crecimiento económico, 2008



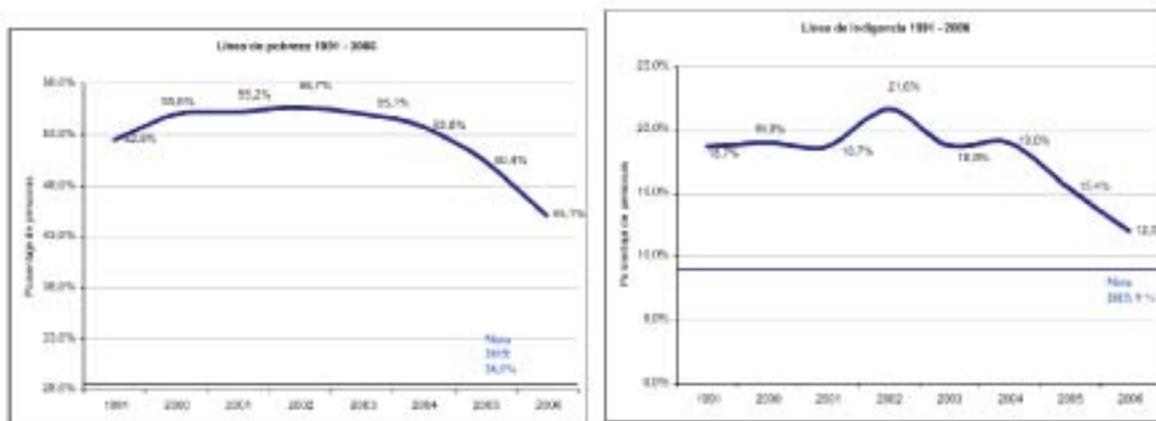
FUENTE: ANDI. Balance 2008 y Perspectivas 2009. Informe Diciembre 2008.

Según los resultados del censo 2005, el 27.6% de la población de país presenta Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), disminuyendo en 8.2 puntos frente al censo de 1993 (35.8%). El 10.6% de las personas viven en hogares con dos o más NBI, pero frente al censo de 1993 (14.9%), esta situación disminuyó en 4.3 puntos.

6 ANDI, Centro de Estudios Económicos, Balance 2008 y Perspectivas 2009, Informe Diciembre de 2008.

7 Departamento Nacional de Planeación (DNP). Indicadores de Coyuntura Económica, Bogotá, Diciembre de 2008.

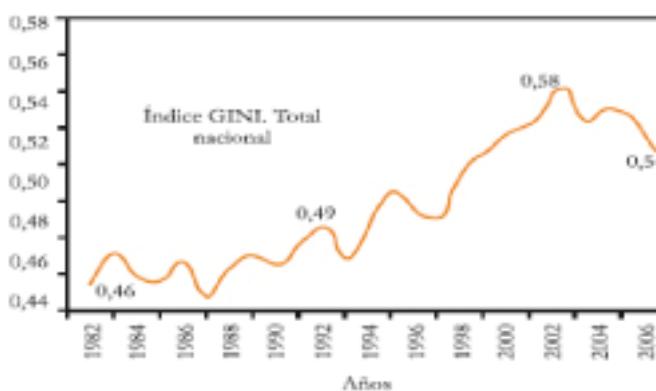
Gráfica 11. Colombia: Líneas de pobreza e indigencia, 1991-2006



Tomado de PNUD, con fuente: MERDP con base en ECH-DANE. Cifras para total nacional con base en ECH tercer trimestre.

Según los datos presentados por el DANE, se ha presentado una reducción importante en la proporción de personas en condiciones de pobreza; el mayor nivel en la última década se presentó en el año 2002, con 55.7% pero se redujo en 10.6 puntos porcentuales para 2006. La línea de indigencia, presentó igualmente su mayor valor de 21.6% en el 2002, bajando en 9.6 puntos porcentuales su valor para el 2006. En todo caso los dos indicadores aún se encuentran distantes de la meta propuesta en el documento CONPES 91, para el logro del Objetivo 1 de las Metas del Milenio.

Gráfica 12. Colombia: Índice de Gini, 1982-2006



FUENTE: DNP – Estimación MERPD.

El Coeficiente de Gini se ha visto reducido al pasar de 0,58 en 2002 a 0,54 en 2006.

1.2.3.DETERMINANTES SOCIALES

Un 10.4% de la población reside en viviendas con características físicas inapropiadas, ya sea porque son móviles o ubicadas en refugios, o sin paredes o con paredes de tela o de materiales de desecho; el 45% del total de las viviendas tienen pisos en baldosa, vinilo, tableta o ladrillo (55% se encuentran en cabeceras); los materiales más usados en las paredes, son el bloque, ladrillo, piedra o madera pulida (80%). En 1973, el 30.3% de personas no contaban con servicios adecuados⁸ reduciéndose para el 2005 a 7.4%; el 72% de las viviendas tienen el servicio sanitario conectado al alcantarillado; en el 77% de los hogares las basuras son recogidas por los servicios de aseo (95% en las cabeceras y en el resto, el 17%); el 31% del total de los hogares censados, pagan arriendo o subarriendo por la vivienda que habitan (37% de estos hogares están en las cabeceras), mientras que el 54% tienen vivienda propia (52% en las áreas rurales), y el 17%, habitan las viviendas sin pagar arriendo con permiso del propietario.

El 37% del total de los hogares utilizan gas natural como combustible para la preparación de los alimentos y el 33% gas en cilindro o pipeta; en el área rural, los combustibles más utilizados son la leña, madera, material de desecho o carbón vegetal, que se utilizan el 62% de los hogares. El 72% del total de los hogares utiliza agua del acueducto para la preparación de los alimentos, aunque en las áreas rurales, las principales fuentes son el río, la quebrada, el manantial o los nacimientos, utilizados en el 40% de los casos. El 88% de los hogares cocinan en un cuarto usado solo para cocinar; el 77% de los hogares usan televisor, el 68% licuadora, el 67% nevera, el 31% lavadora de ropas, el 16% computador. Los aparatos domésticos menos utilizados son el aire acondicionado (3%) y el calentador de agua (9%).

Además de las condiciones de vida las condiciones de desarrollo personal, marcan los estilos de vida y de salud de las personas y de sus comunidades. El 3.6% de las personas viven en hogares donde niños entre 7 y 11 años no asisten a un centro de educación formal, que frente al censo de 1993, se disminuyó en 4.4 puntos. Los niveles de analfabetismo⁹ han disminuido en los últimos 41 años en la población de 15 años y más; de una tasa de 27.1% en 1964 se pasó a 9.6% en el 2005. Así el 90.4% de la población de 15 y más años sabe leer y escribir, teniendo las cabeceras municipales un promedio de 93.3% y el resto del país de 80.2%.

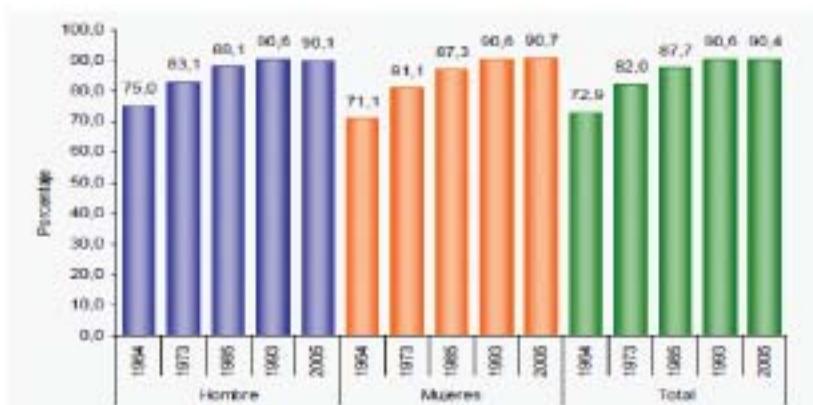
La meta definida en los ODM frente al analfabetismo, es la de lograr que solo el 1% de la población este en esta condición, lo cual requiere aún de un esfuerzo para su logro en el 2015 toda vez que la tasa de analfabetismo de las personas mayores de 15 años a nivel nacional alcanzó el 6.9% en el 2008¹⁰, aunque presentó una disminución de 0,8 puntos porcentuales en comparación con el año 2003. Llama en todo caso la atención que las condiciones de alfabetismo se han equiparado para los dos sexos, no teniéndose diferencias significativas.

8 Hace referencia a las viviendas con condiciones sanitarias deficientes principalmente, como las que carecen de sanitario o que, careciendo de acueducto se provean de agua en río, nacimiento, carro tanque o de la lluvia.

9 Se conoce como tasa de analfabetismo la relación que existe entre las personas a partir de cierta edad que declararon no saber leer y escribir. Naciones Unidas recomienda que la información acerca de alfabetismo debe ser recogida para todas las personas de 10 años y más, aunque los censos en Colombia recogen esta información para un rango de edad menor.

10 DANE, Comunicado de Prensa, Encuesta de calidad de vida 2008, Bogotá, 18-03-2009.

Gráfica 13. Colombia: Alfabetismo en población de 15 años y más, 1964, 1973, 1985, 1993 y 2005



FUENTE: DANE. Informe Especial, Censo General 2005, Colombia – Educación.

Ha habido un incremento significativo en los niveles de asistencia escolar en establecimientos formales para todos los grupos de edad escolar, que para el grupo completo de 5 a 17 años pasó de 50.8% en 1973 a 83.3% en el 2005 y para la población entre los 18 a 24 años, paso de 19.1% en 1973 a 27.1% en 2005.

La cobertura de la educación básica primaria presentó una reducción que ha retrasado el cumplimiento de la meta establecida dentro de los ODM, en tanto la cobertura de la educación básica secundaria, ha mantenido una tendencia continua de crecimiento, dando cumplimiento a la meta de los ODM para el país. Se espera lograr un promedio de 10.6 años de educación por persona para las edades entre 15 y 24 para dar cumplimiento a los ODM, sin embargo solo se ha logrado contar con 8.8 años promedio.

A pesar del incremento en las coberturas, se presenta no asistencia a la educación formal, en su mayoría sin explicación (“otra causa”) pero también por los altos costos de la educación y la necesidad de las personas de entrar en el mercado laboral, que son las causas más representativas tanto en las cabeceras municipales como en el resto de las zonas y que también impactan en la deserción escolar, que sin embargo se ha reducido de 8.03% en 2002 a 5.6% en 2007¹¹.

Respecto a la dependencia económica, se tiene que el 11.2% de las personas presenta una alta dependencia económica, aunque disminuyó en 1.6 puntos frente al censo de 1993 (12.8%). Según el Ministerio de la Protección Social el mercado de trabajo a nivel nacional entre 2004 y 2008 mostró un comportamiento estable para los principales indicadores laborales; la participación laboral disminuyó 2.6 puntos porcentuales durante el mencionado periodo al pasar del 60.8% en 2004 al 58.2% en mayo de 2008, lo que significó que la presión de la oferta de fuerza de trabajo se redujo lo suficiente para impactar positivamente la tasa de desempleo (disminución de personas buscando trabajo), debido a que se generaron 1.249.675 nuevos puestos de trabajo y por tanto el desempleo se redujo del 13.62% en mayo de 2004 al 10.71% en igual periodo del 2008.

Cuadro 11. Colombia: Mercado de trabajo nacional, 2004, 2006 y 2008

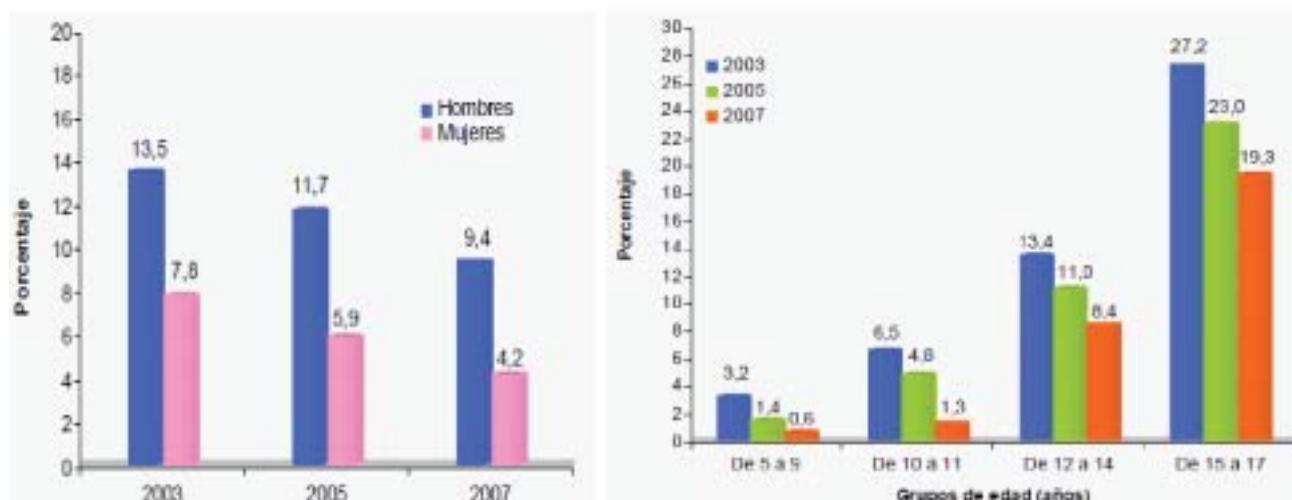
Concepto	2004	2006	2008
Población total	43.769.263	45.175.133	46.541.850
Población en edad de trabajar	33.376.080	34.760.732	36.119.051
Población económicamente activa	20.281.208	20.512.270	21.021.742
Ocupados	17.519.667	18.092.969	18.769.342
Desocupados	2.761.541	2.419.301	2.252.400
Inactivos	14.094.872	14.248.463	15.097.309
Subempleo	6.878.893	7.027.359	6.306.326
Empleos de calidad	10.640.774	11.065.610	12.463.016
% de población en edad de trabajar	76.25	76.95	77.61
Tasa global de participación	60.77	59.01	58.20
Tasa de ocupación	52.49	52.05	51.97
Tasa de desempleo	13.62	11.79	10.71
Tasa de subempleo	33.92	34.26	30.00
% de empleos de calidad	60.74	61.16	66.40

FUENTE: Gran Encuesta Integrada de Hogares. Cálculo poblaciones Dirección General de Promoción del Trabajo – MPS.

Al mes de abril de 2009, la tasa de desempleo nacional alcanzó 12.1%, habiéndose incrementado nuevamente la tasa global de participación a 60.6% para el periodo de febrero a abril de 2009. El salario mínimo establecido para los trabajadores en 2009 es de \$496.900 (cerca de \$US 236) al mes, con una ayuda de auxilio de transporte de \$59.218, manteniendo la tendencia de los últimos años.

Dentro del sector trabajador es importante reconocer dos situaciones, la magnitud del trabajo infantil y la participación de la mujer. El DANE encontró que en 2003 el 10.8% de niños entre 5 y 17 años desempeñaban actividades en la producción de bienes y servicios, reduciéndose en 2005 a 8,9% y en 2007 a 6,9%. Las razones que aducen los padres para justificar el que sus hijos trabajen es que “le gusta trabajar para tener su propio dinero”, “debe participar en la actividad económica de la familia” y “debe ayudar para los gastos de la casa” que representan en 2007 el 79.6% de los motivos. “El trabajo lo forma y lo hace honrado” y “debe costearse el estudio” participan con el 7.1% y 5.6% respectivamente. En 2007, las ramas de actividad en las que la mayoría de los niños, niñas y adolescentes se desempeñaron fueron la agricultura el 36,4%, el comercio, la industria en el 11,6% y en servicios en el 10,1%.

Gráfica 14. Colombia: Trabajo infantil, por sexo y grupos de edad, 2003, 2005 y 2007 (octubre - diciembre)



FUENTE: DANE Módulos de Trabajo Infantil en la ECH 2003, 2005 y Módulo de Trabajo Infantil en la GEIH 2007.

Respecto a la participación de la mujer, la tasa de desempleo femenino en lo corrido entre 2001 y 2006, según la encuesta de hogares ha tenido una reducción que sin embargo es mayor a la de los hombres. Así esta tasa ha pasado de 11.9% en 2001 a 9.2% en 2006 en tanto en los hombres se ha reducido en el mismo periodo de 19.3% a 16.4%.

1.2.4. DETERMINANTES MEDIO AMBIENTALES

El Ministerio del Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, es el ente rector en materia de medio ambiente, de recursos naturales renovables y de vivienda, para lo cual se relaciona con otros sectores, incluido el sector de salud. Tiene como objetivos primordiales contribuir y promover el desarrollo sostenible a través de la formulación y adopción de las políticas, planes, programas, proyectos y regulación en materia ambiental, recursos naturales renovables, uso del suelo, ordenamiento territorial, agua potable y saneamiento básico y ambiental, desarrollo territorial y urbano, así como en materia habitacional integral. En los niveles territoriales, las autoridades ambientales son las Corporaciones Autónomas Regionales y Urbanas, que siendo entidades de carácter público se constituyen geográficamente en un mismo ecosistema o conforman una unidad geopolítica, biogeográfica o hidrogeográfica.

A través de las directrices de estas entidades, se ha venido liderando la conservación y restauración de los ecosistemas para el uso sostenible, manejo y protección de la diversidad biológica y demás recursos naturales, garantizando la oferta de bienes y servicios ambientales a fin de lograr una distribución más justa y equitativa de los beneficios derivados de su uso y aprovechamiento. Igualmente se ha orientado la adopción de criterios de sostenibilidad en la gestión de sectores productivos e institucionales, procurando la incorporación de sistemas de gestión ambiental, reconversión tecnológica y cambio en los patrones de consumo; se ha hecho formulación de políticas dentro del Sistema Nacional Ambiental y se ha promovido y facilitado el desarrollo sostenible del Sistema Nacional de Agua Potable y Saneamiento Básico mediante la gestión descentralizada y participativa de las empresas prestadoras de servicios públicos.

Como parte también de las acciones se promueve el desarrollo sostenible del territorio considerando las relaciones de la población con la base natural, el espacio construido y el entorno regional y se ha buscado la disminución del déficit habitacional del país tanto en cantidad como en calidad, mediante la alianza con actores del sector público, privado y social.

De forma específica en lo relacionado con el agua, se cuenta con el Decreto 1575 de 2007 “Por el cual se establece el Sistema para la Protección y Control de la Calidad del Agua para Consumo Humano”, formulado entre el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial y el Ministerio de la Protección Social. Este decreto establece la reglamentación mediante la cual se constituye el sistema para la protección y control de la calidad de agua para consumo humano, estableciendo los actores responsables, los instrumentos para garantizar la calidad, los procesos básicos de control y vigilancia para garantizar la calidad, y las disposiciones relacionadas con sistemas de información, autorización de laboratorio, análisis de vulnerabilidad, y planes operacionales de emergencia.

Dentro de la política de agua potable y saneamiento básico, se busca aprovechar la estructuración e implementación de esquemas regionales de prestación de los servicios de acueducto y alcantarillado, para la generación de economías de escala, la optimización de las inversiones realizadas y la mejora en la cobertura y la calidad de estos servicios. También se espera disminuir la contaminación de las cuencas críticas, mediante el establecimiento de mecanismos de financiación para la descontaminación de las cuencas hídricas más afectadas por contaminación de aguas residuales municipales, e involucrar a los prestadores de los servicios de acueducto en el desarrollo de las acciones de protección y conservación de las cuencas abastecedoras de algunos sistemas de acueducto.

De igual forma se viene incorporando en la gestión del riesgo a los prestadores de los servicios públicos domiciliarios de acueducto, alcantarillado y aseo y se incorporará dentro de la formulación e implementación de los Planes Departamentales de Agua Potable y Saneamiento Básico el componente de riesgo como estrategia para la aplicación de un enfoque regional dentro de los procesos de planificación. Adicionalmente, se continuará el proceso de asistencia técnica para la formulación de Programas de Reducción de Riesgos en el sector, así como la formulación de herramientas para este propósito.

Frente al medio ambiente, se ha buscado abarcar los espacios que contribuyan a la mejora de los ecosistemas, incluyendo la disposición final de residuos, el control a los movimientos transfronterizos de los desechos peligrosos y su eliminación, el uso y manejo de plaguicidas, la protección de la capa de ozono, la polución visual en la zona urbana, el manejo sostenible de especies de fauna silvestre y acuática entre otros proyectos.

2. FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

2.1. RECTORÍA

2.1.1. MAPEO DE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL

Para comprender la rectoría en salud, es necesario considerar el contexto en el que se desarrolla, generado a raíz de la organización y estructuración de un complejo sistema como lo es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que se encuentra inmerso dentro del Sistema de Protección Social en Colombia. El Sistema de Protección Social tiene dos grandes componentes, el Sistema de Seguridad Social Integral y el Sistema de Asistencia Social, que son complementarios en la búsqueda de que todos los colombianos puedan ingresar al sistema de protección, como cotizantes y beneficiarios de la seguridad social o como beneficiarios de programas de asistencia social.

Gráfica 15. Colombia: Sistema de Protección Social



FUENTE: Ministerio de la Protección Social.

En Colombia, con la expedición de la Ley 100 de 1993, se define la Seguridad Social Integral como “el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”. Dentro del Sistema de Seguridad Social Integral, se encuentran el Sistema General de Pensiones, el Sistema General de Riesgos Profesionales y el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

El logro de los propósitos del SGSSS, implica la coordinación de la compleja red de relaciones entre sus actores, a pesar de haberse concebido como una reforma que debería significar una gran distribución del poder, no solo desde el centro a la periferia sino también desde la oferta hacia la demanda, desde el ámbito público hacia el ámbito comunitario, desde el ámbito gubernamental hacia el institucional, y desde el ámbito político hacia el técnico¹². En las dimensiones de la rectoría, se cruzan de forma transversal las competencias de varios de los actores definidos en el SGSSS, pero también hacen parte de esas dimensiones otros actores transectoriales que con sus decisiones, intervenciones y actuaciones han marcado y marcan el camino del sistema y por tanto de los usuarios del mismo.

La Ley 715 de 2001, aclaró la distribución de competencias entre las entidades territoriales, específicamente en lo que hace referencia a los sectores salud y educación. A partir de ella, la Nación, en cabeza del actual Ministerio de la Protección Social¹³, se encarga de la orientación de las políticas macro del sector, su implementación, seguimiento, evaluación y ajuste. Los departamentos se encargan de la ejecución de la política de prestación de servicios de salud formulada por la Nación, de la vigilancia y control de la contratación del aseguramiento y de la oferta de servicios y el nivel municipal del aseguramiento de la población al régimen subsidiado y contributivo, así como de las acciones de salud pública de impacto local.

2.1.2. CONDUCCIÓN¹⁴

Comprende los análisis de la situación de salud y la definición de prioridades, que viene siendo actualmente adelantado por el Ministerio de la Protección Social (MPS), con el objeto de caracterizar para el periodo 2002 – 2007 los principales problemas de salud sentidos y atendidos por cada subgrupo poblacional, la prestación de los servicios de salud y la administración territorial en salud, además de caracterizar los factores asociados con la ocurrencia de los problemas de salud priorizados, realizar análisis de desigualdades entre diferentes grupos poblacionales y realizar el análisis de inequidades en materia de salud.

La conducción también implica la formulación de políticas, planes, programas y proyectos en materia de salud, como los que se han venido formulando principalmente con el Plan Nacional de Salud Pública, la Política de Servicios, la reglamentación a los procesos de aseguramiento entre otros; la coordinación de su ejecución, seguimiento y evaluación; el impulso, coordinación, financiación, cofinanciación y evaluación de los programas, planes y proyectos de inversión para salud; y la asesoría y asistencia técnica a los demás actores.

En la Ley 1122 de 2007, el MPS, es definido como el órgano rector del sistema y por tanto la cabeza de la función de conducción. El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSSS) que anteriormente administraba el FOSYGA, pasa a ser un organismo de consulta, y ha entrado a funcionar la Comisión de Regulación en Salud (CRES), como una unidad administrativa especial, con personería jurídica y autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio, responsable actualmente de los análisis y definiciones de los planes de beneficios, del valor de la UPC y de los pagos moderadores e incapacidades y de las tarifas mínimas.

12 Alvarado, E. El régimen Subsidiado de Salud. Fundación Crecer. Bogotá.

13 Creado en 2003, mediante la fusión de los anteriores Ministerio de Salud y Ministerio de Trabajo.

14 Capacidad de orientar a las instituciones del sector y movilizar instituciones y grupos sociales en apoyo a las políticas de salud dentro del SGSSS.

Al ser la autoridad rectora el MPS, tiene como misión la de orientar el Sistema de Protección Social y el Sistema de Seguridad Social hacia su integración y consolidación, mediante la aplicación de los principios básicos de universalidad, solidaridad, calidad, eficiencia y equidad, con el objeto de tener un manejo integral del riesgo y brindar asistencia social a la población colombiana. En concordancia su visión se encamina hacia ser la entidad que fije las políticas que propendan por el ingreso de las personas al mercado laboral, a la previsión social y a las redes de protección social y poder así cumplir con su función de protección, en especial a los hogares más vulnerables (Resolución 3133 del 14 de septiembre de 2005).

Si bien estos organismos son los principales conductores, cuentan con la participación en la construcción de políticas públicas que afectan a la población, de otros actores nacionales como el Congreso de la República, la misma Presidencia, la Superintendencia Nacional de Salud como órgano de inspección, vigilancia y control dentro del SGSSS, el Ministerio de Hacienda, y en las Entidades Territoriales las Secretarías de Salud como representantes de las alcaldías quienes son las que en los niveles territoriales, conducen los principales temas en materia de salud. Mediante la Ley 715 de 2001, se definieron las competencias dentro de otros sectores del sector salud así como la distribución de los recursos.

La propia Ley 1122 de 2007, ordeno la consolidación del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), que tiene como objetivo el registrar la información de acuerdo con las normas emanadas del MPS, capturar y sistematizar la información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) y ponerla a disposición del Instituto Nacional de Salud (INS), MPS, la CRES, el CNSSSS, y de las Entidades Territoriales. Además debe recoger y sistematizar la información que determine el MPS para monitorear los resultados en salud de las Entidades Territoriales, las aseguradoras y los prestadores con el fin de alimentar el Sistema de Rectoría y Administración.

También hace parte del sistema de información el Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS), normado mediante al Resolución 3374 de 2000, con el cual se hace monitoreo de las prestaciones que los servicios hacen a los afiliados y no afiliados al sistema de seguridad social, y que se recoge a partir de los registros que hacen las instituciones prestadoras de servicios del país, tanto de carácter público como privado. A través de estas herramientas, aun con las dificultades de cobertura y calidad que aún puedan tenerse, el país puede monitorear en alguna medida, las tendencias de las situaciones de salud, realizar comparaciones entre poblaciones (población asegurada y no asegurada; por regiones, departamentos y municipios; por tipos especiales de población como afrocolombianos, ROM, raizales, desplazados y discapacitados) a través del tiempo.

En todo caso también se cuenta con algunas otras fuentes, base para la planeación en todos los niveles territoriales, como son los estudios nacionales, las bases de datos de programas específicos como el caso de VIH/SIDA, TBC, ITS, y otros, todos los cuales permiten a los niveles rectores el análisis de su situación de salud, la toma de decisiones en sus territorios y la planeación de intervenciones de carácter individual y de salud pública. Estos últimos se concretan a través de la inclusión en los respectivos planes territoriales, que se planean y ajustan de forma periódica, y en los cuales se convoca a todos los actores sociales de los municipios, el departamento y la nación, mediante la realización de foros, audiencias ciudadanas, mesas de trabajo intersectoriales y con comunidades. A partir de realizar de forma concertada el diagnóstico, se propone la realización de actividades y las estrategias para su desarrollo, se definen las respectivas metas, y se concerta el plan de inversión para la reserva de recursos.

La salud pública, por su parte encuentra respaldo también en la Ley 1122 de 2007 al ordenar la inclusión en los Planes de Desarrollo gubernamentales de un Plan Nacional de Salud Pública - PNSP, con lo cual se ha dado una respuesta a los hallazgos encontrados en el análisis de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). A partir de esta orden mediante el Decreto 3039 de 2007 se expide el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010 que definió para el cuatrienio las prioridades, los procesos y políticas sobre las cuales las entidades territoriales del orden nacional, departamental y municipal deben realizar la planeación de sus acciones.

El Plan se basa en los enfoques poblacionales, de determinantes y de gestión social del riesgo, buscando articularlos con el propósito de reducir la carga de la enfermedad y crear las condiciones para modificar la carga futura en la población. Las líneas de política, se relacionan con la promoción de la salud y la calidad de vida, la prevención de los riesgos, la recuperación y superación de los daños en la salud, la vigilancia en salud y la gestión del conocimiento y gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del propio PNSP. Con estas líneas se busca armonizar y articular el Sistema de Protección Social para el logro de las metas con miras a reducir las brechas en salud existentes entre regiones y grupos poblacionales.

Las prioridades del PNSP 2007-2010, incluyen la salud infantil, la salud sexual y reproductiva, la salud oral, la salud mental y las lesiones violentas evitables, las enfermedades transmisibles y las zoonosis, las enfermedades crónicas no transmisibles, la nutrición, la seguridad sanitaria y del ambiente, la seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral y la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan. Dado que el Plan, exige una articulación efectiva de esfuerzos entre los niveles territoriales (Nación, y entidades territoriales), con los demás actores de la salud (EPS, ARP, IPS, sociedad civil organizada, sociedades científicas, instituciones formadoras del talento humano en salud, otros sectores de la sociedad y entidades de cooperación técnica internacional) se han construido planes territoriales de salud tanto en los departamentos, municipios y EPS, para que de forma concertada permitan no solo la ejecución de sus contenidos sino la veeduría entre los actores como forma de control social.

Como apoyo a la gestión de la salud pública, el Sistema de Fortalecimiento de la Gestión hace seguimiento a las acciones individuales de promoción y prevención, como complemento de las acciones colectivas; en 2006, se evaluaron, 36 entidades territoriales, 22 EPS contributivas y 49 EPS subsidiadas, que pasaron de un cumplimiento del 68% en 2003 a 80% en el 2006 en las acciones de promoción y prevención a su cargo. No obstante, aún debe mejorarse el cumplimiento de los indicadores de esterilización quirúrgica femenina, citología cervicouterina, consulta de control prenatal por enfermería y consulta de control de planificación familiar, para lo cual se adelanta asistencia técnica que permita consolidar planes de mejoramiento y fortalecimiento de la gestión de las Direcciones Territoriales de Salud para el seguimiento a EPS.

Cuadro 12. Colombia: Ejecución de recursos de salud pública según prioridades, 2007

En Millones de Pesos	
PAI y salud infantil	101.297.6
Enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis	41.243.3
Salud ambiental y factores externos	20.065.7
Lepra, tuberculosis y enfermedades crónicas	6.137.6
Salud sexual y reproductiva	3.774.6
Salud mental	614.6
Funciones Esenciales de Salud Pública	396.8
Vigilancia en salud pública	316.4
Total	173.846,6

FUENTE: MPS, Informe al Congreso 2007-2008.

Si bien la gestión busca darle sostenibilidad y refuerzo a programas tradicionales como los de salud sexual y reproductiva, al PAI, y al programa de control de vectores entre otros, también ha pretendido avanzar en el desarrollo de otros programas menos difundidos o de limitado desarrollo, como el de las enfermedades crónicas, la salud mental, la salud bucal y la seguridad nutricional y alimentaria.

2.1.3. REGULACIÓN¹⁵

A nivel nacional el Congreso y el Gobierno Nacional, desde sus poderes legislativos y ejecutivos hacen aportes a la regulación del sistema con la expedición de normas y leyes sobre las competencias, funciones, acciones de los actores y financiación de los mismos como en los casos de la expedición de las Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007. Dentro del sector el MPS, la CRES y el FOSYGA, tienen también la competencia de regulación del sistema, al asumir la expedición de normas, lineamientos y orientaciones en materia de gestión, administración y operación.

Desde otros sectores la regulación esta influenciada por entidades como la Comisión Nacional del Servicio Civil y el Comité Nacional de Recursos Humanos (en lo que respecta a las competencias y selección del recurso humano), entidades adscritas como el Instituto Nacional de Salud (INS) en lo relacionado con el control sanitario, de salud pública, y de investigación, el Instituto de Vigilancia y Control de Alimentos y Medicamentos (INVIMA), el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para la protección de la infancia y la familia. En lo relativo a la inspección, vigilancia y control es la Superintendencia Nacional de Salud la entidad rectora y de regulación, sobre los actores públicos y privados tanto de los niveles nacional como departamental y local.

A nivel departamental y municipal la regulación esta delegada a las entidades territoriales a través de sus organismos de vigilancia y control y a través de las secretarías de salud. Todas estas entidades se encargan

15 Dimensión que abarca el diseño del marco normativo sanitario que protege y promueve la salud; al igual que la garantía de su cumplimiento.

de regular el sistema al definir y aplicar sistemas de evaluación y control de gestión técnica, financiera y administrativa; divulgar sus resultados para procurar el mejoramiento de estos procesos; reglamentar, distribuir, vigilar y controlar el manejo y la destinación de los recursos; orientar los procedimientos y reglas para la intervención técnica y/o administrativa de las instituciones; desarrollar y aplicar los Sistemas Únicos de Habilitación, Calidad y Acreditación de Instituciones Prestadoras y Administradoras de Salud y otras instituciones que manejan recursos del sistema; establecer mecanismos y estrategias de participación social y promover el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud.

2.1.4. MODULACIÓN DEL FINANCIAMIENTO¹⁶

El propio Congreso de la República, con el acompañamiento del Ministerio de Hacienda, el MPS, el CONPES y el Departamento Nacional de Planeación (DNP) principalmente, han promulgado las políticas en las que se definen las fuentes de financiamiento, las formas de uso y el destino de las mismas dentro del sistema.

El FOSYGA, realiza el manejo y distribución de los recursos de las subcuentas hacia los actores, monitoreando y controlando el uso de los mismos acorde con las competencias asignadas, en tanto la Superintendencia Nacional de Salud, las Entidades Territoriales, la Procuraduría, la Contraloría y las Personerías, hacen control, inspección, vigilancia y veeduría al uso de los recursos y a las acciones ejecutadas con los mismos.

Las entidades territoriales y las administradoras de planes de beneficios (EPS del contributivo y del subsidiado y las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP), realizan los procesos de negociación con los proveedores de servicios para la prestación final de las atenciones, y administran los recursos realizando además cruces con el FOSYGA¹⁷ para su distribución. Adicionalmente contribuyen en la construcción de los planes territoriales de salud, acorde con lo ordenado por la Ley 1122 de 2007, por el Decreto 3039 de 2007 y por la Resolución 425 de 2008.

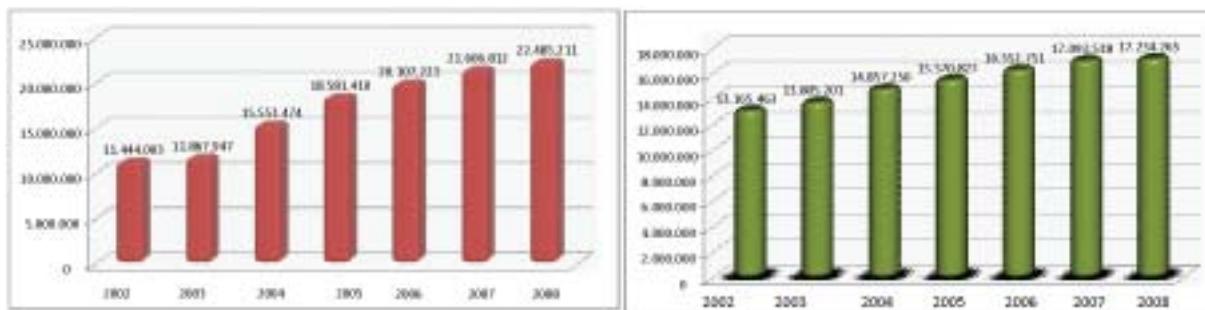
16 Incluye las competencias de garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud.

17 Cuenta adscrita al MPS manejada a través de encargo fiduciario que tiene cuatro subcuentas independientes para el uso y distribución de los recursos: subcuenta de compensación interna del régimen contributivo, subcuenta de solidaridad del régimen subsidiado, subcuenta de promoción de la salud y subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

2.1.5. GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO¹⁸

El aseguramiento a la protección social, cuenta para el año 2008, con 39.719.476 afiliados de los cuales 17.234.265 pertenecen al régimen contributivo y 22.485.211 al régimen subsidiado¹⁹.

Gráfica 16. Colombia: Aseguramiento al sistema general de seguridad social en salud, 2002-2008



FUENTE: Ministerio de la Protección Social, 2008. Rendición de Cuentas, Enero de 2009.

En el régimen subsidiado se ha enfatizado el aseguramiento de poblaciones especiales que a 31 de marzo de 2009, tiene 1.167.463 personas de la población indígena afiliada; la población desmovilizada llegó a 76.447 personas incluyendo su núcleo familiar; se cuenta además para el mismo periodo con 1.136.467 de población desplazada.

La población asegurada a pensiones a 31 de marzo de 2009, alcanzó los 15.007.946 personas de las cuales el 58.4% se encuentra afiliada a fondos privados de pensiones en el Régimen de Ahorro Individual y el 41.6% pertenece al Régimen de Prima Media con Prestación Definida. El Sistema General de Riesgos Profesionales protege a la población trabajadora frente a enfermedades y accidentes que puedan ocurrir con ocasión o como consecuencia del trabajo, cubriendo contingencias por Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (ATEP) mediante prestaciones asistenciales y económicas. En el mismo periodo el total de afiliados es de 6.732.362.

Como entidad de inspección, vigilancia y control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se cuenta con la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud), que vigila a los actores definidos por el sistema como a las EPS, IPS, Entidades Territoriales y prestadores. Con la Ley 1122 de 2007, se crea el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, encabezado por la Superintendencia, con base en los siguientes ejes: financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención en salud pública, atención al usuario y participación social, acciones y medidas especiales, información y focalización de los subsidios en salud; también le otorga facultades de función jurisdiccional y de conciliación, para poder ser eficaz en la atención de las necesidades de los usuarios del sistema, como también agrega nuevos vigilados como son los regímenes especiales y exceptuados.

18 Focaliza su quehacer en garantizar el acceso a un conjunto garantizado de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes, o planes específicos para grupos especiales de la población.

19 MPS, Informe al Honorable Congreso de la República 2008 – 2009. Pág. 24. Julio de 2009.

La Superintendencia, cuenta con 5 Superintendencias delegadas: para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para Salud, para la Atención en Salud, para las Medidas Especiales, para la Función Jurisdiccional y Conciliación y para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana. A través de estas Superintendencias, se proveen mecanismos de defensa del derecho que tienen las personas a la salud y por tanto se vigila la distribución y el buen uso de los diversos recursos del Sistema, la calidad de la prestación de los servicios de salud y su cobertura, así como se fomenta la participación ciudadana y la implementación de mecanismos participativos para ejercer el control social.

A través de esta entidad los usuarios, tienen la posibilidad no solo de hacer sus propias consultas, sino primordialmente de que esta entidad identifique a través de asistencias técnicas, y acompañamiento, procesos que afectan su derecho para que a través de la formulación de lineamientos y monitoreo de indicadores puedan establecerse ajustes, y en caso dado sanciones.

2.1.6. ARMONIZACIÓN DE LA PROVISIÓN²⁰

En el Sistema General de Seguridad Social, la Comisión Reguladora en Salud (CRES), es el organismo que a partir de la Ley 1122 de 2007, tiene la responsabilidad de definir los contenidos de los planes de beneficios a que tienen derecho los afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado.

Al MPS, le corresponde por su parte como entidad rectora, formular los lineamientos para orientar a los actores del sistema en el cumplimiento de la normatividad para garantizar de una parte el aseguramiento al sistema de la población, pero también la prestación de los servicios de atención individual contenidos en los Planes Obligatorios de Salud establecidos por la CRES, las atenciones de salud pública y de intervenciones colectivas que complementan las acciones de carácter individual, y también lo relacionado con el cubrimiento de los riesgos profesionales.

Gestiona por tanto los mecanismos que permiten la complementariedad de los actores en el sistema incluidos los sectores públicos y privados, generando herramientas para su autorregulación y brindando el soporte para las acciones de los organismos de inspección, vigilancia y control. Dentro de los lineamientos emanados están los lineamientos para los procesos de afiliación y contratación requeridos por el régimen subsidiado, el Sistema de Garantía de la Calidad en Salud, (procesos de habilitación tanto de los administradores como de los prestadores de servicios), los sistemas de información, los procesos para el flujo y seguimiento a la ejecución de los recursos del sistema y el establecimiento de indicadores de calidad y de morbilidad para hacer seguimiento a los resultados, entre otros.

La Superintendencia Nacional de Salud, es la entidad de inspección, vigilancia y control del Estado encargada de vigilar el cumplimiento de la garantía del derecho a la salud, y por tanto la entidad que vigila el cumplimiento de los compromisos de los actores del sistema, evaluando y controlando la gestión técnica y financiera.

20 Capacidad para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atenciones de salud equitativa y eficientemente.

2.1.7. DESARROLLO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

La Organización Panamericana de la Salud implementó el ejercicio de medición del desempeño de las 11 Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) por parte de la Autoridad Nacional de Salud (ASN). En Colombia se realizó durante el 2000, la única evaluación hecha a nivel nacional de las FESP, con la participación de un amplio rango de instituciones y sectores relacionados con la salud pública: Ministerio de Salud en su momento, Instituto Nacional de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, secretarías de salud departamentales y municipales, representantes de las universidades, niveles regionales y municipios, representantes de organismos no gubernamentales y representantes de los usuarios. La medición pretendió identificar los factores críticos a considerar para el desarrollo de estrategias de fortalecimiento de la infraestructura de salud pública, entendida en su sentido más amplio, referido a capacidades humanas, materiales y formulas de gestión. En la evaluación nacional, las siguientes funciones tuvieron un desempeño calificado como mínimo (entre 0 y 25%).

- Promoción de la salud (función 3): existen mecanismos para incentivar la promoción (especialmente la ambiental), pero hay escasa destinación de recursos financieros; se tiene baja capacidad de la ASN para convocar y liderar los otros sectores; hay debilitamiento de las funciones y estructura del Ministerio generando debilitamiento de los procesos sociales y comunitarios. La atención primaria aparece fragmentada en la reglamentación y por tanto la responsabilidad de su ejecución se diluye entre todos los planes de atención.
- Investigación (función 10): se evidenció que no es una prioridad para las autoridades del país al no contarse con una política nacional para su fortalecimiento haciéndose solo de forma reactiva. No hay infraestructura disponible para el desarrollo, análisis y aplicación de los resultados generados en las investigaciones en salud pública y no hay mecanismos para realizar inventarios actualizados de los temas, grupos y resultados.
- Participación de los ciudadanos en salud (función 4): se reconoce la existencia de múltiples instancias y espacios de participación dadas por la ley, que sin embargo no se reflejan en una verdadera participación ciudadana y social. Se identifican instancias y mecanismos de consulta ciudadana, pero la dispersión de las políticas de las diferentes entidades hacen que algunas veces sean contradictorias, produciendo dilución de la responsabilidad que impiden la discusión de temas comunitarios en los niveles intermedios y locales.
- Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública (función 5): se reconoció el escaso liderazgo de la ASN para el desarrollo de una agenda de política en salud pública, que implica la incapacidad de construir acuerdos nacionales y subnacionales para definir objetivos de salud pública, carencia de asignación de recursos, poca participación de los actores y falta de desarrollo de indicadores para medir el logro de los objetivos definidos, y la falta de evaluación de los resultados alcanzados.
- Garantía de calidad de servicios de salud individuales y colectivos (función 9): los procesos de descentralización y autonomía local han dificultado la capacidad de la ASN para dar cuenta integral y sistemáticamente de los avances en la satisfacción de los usuarios y ni a nivel nacional ni local se evalúa

sistemáticamente la percepción de los usuarios, aunque se reconocen experiencias institucionales para el mejoramiento continuo de la calidad, pero como procesos fragmentados y aislados sin repercusión y aplicación a nivel nacional. En la evaluación de tecnologías sanitarias se ha trabajado especialmente en la conformación de la red nacional de laboratorios y de bancos de sangre y existe evaluación sistemática para la comercialización de medicamentos en términos de su seguridad así como también se reconoce que existen mecanismos de evaluación por parte de la ASN para el ingreso de tecnologías sanitarias al país, también basadas principalmente en la seguridad y en algunos casos en términos de costo-efectividad.

- Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública (función 6): las principales deficiencias se refieren a la capacidad y ejercicio fiscalizador para hacer cumplir las normativas generadas por parte de la ASN, a pesar de los avances alcanzados por el país en su rol regulador. Dentro de sus causas se señala la confusión que existe en las responsabilidades y competencias de control sobre la salud pública y a que los principales controles están en el ámbito financiero-administrativo y en el campo de la atención de salud a las personas, descuidándose la salud pública. Un tema que debiera ser de especial preocupación en esta área es la falta de esfuerzos dirigidos a capacitar y adiestrar al personal para el desempeño de las tareas de fiscalización y la ausencia de esfuerzos dirigidos a prevenir la corrupción en los sistemas de salud pública. Se reconocen avances específicos en promoción y prevención en el POS, PAI y los controles técnicos del INS e INVIMA pero consideraron que ello no configura un sistema de fiscalización y cumplimiento de normativas integrales orientado al fortalecimiento de la salud pública.

Las funciones de evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud (7), y la de desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública (8), fueron calificadas entre 25% y 30% es decir como de desempeño medio inferior. Las funciones de monitoreo y análisis de la situación de salud (1) y de vigilancia en salud pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud pública (2), fueron evaluadas como de desempeño medio superior con calificación entre 50% y 75% y finalmente la función de reducción del impacto de emergencias y desastres en salud (11), fue la función mejor evaluada con desempeño óptimo con calificación entre 75% y 100%.

En el nivel local, la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, realizó un ejercicio de adaptación de los instrumentos de las FESP a las responsabilidades y competencias que en materia de salud pública tienen las entidades territoriales para colaborar en la evaluación de la función rectora que tiene en su territorio. La primera evaluación la realizó en el 2002 y la segunda en el 2007. En la última evaluación 7 de las 11 funciones fueron evaluadas como satisfactorias; las funciones 1, 2 y 11 incrementaron su valor respecto al 2002 en hasta 5%, las funciones 5 y 10 entre un 10% y 15% y las funciones 4 y 8 entre un 20% y 50%; entre tanto las demás funciones redujeron su valoración en un 10% a 46%.

2.2. FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO

El funcionamiento del sistema depende de los recursos recaudados para su financiamiento, de la gestión que realizan las Entidades Territoriales y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen subsidiado y contributivo, para afiliar a la población. La sostenibilidad financiera del SGSSS, es fundamental para garantizar su viabilidad, contribuir al Sistema de Protección Social y lograr beneficiar por tanto a la población en relación a la salud, al aseguramiento en pensiones y riesgos profesionales.

Las principales fuentes de financiación del sistema se originan en el Sistema General de Participaciones (SGP), en los aportes de los trabajadores y empleadores al régimen contributivo que también aporta a los sistemas de pensiones y riesgos profesionales, administrados por el FOSYGA, y en la explotación de los juegos de suerte y azar a cargo de la Empresa Territorial para la Salud (ETESA), además de la coparticipación que hacen otros recursos de menor cuantía.

Los aportes que hacen las personas al sistema, se evidencian principalmente a través del régimen contributivo que requiere del pago de cotizaciones de forma obligatoria para los asalariados y grupos de población con capacidad de pago con lo cual se extiende la protección al conyugue o compañero(a), a los hijos menores de 18 y hasta los 25 años, si son estudiantes de tiempo completo o presentan alguna discapacidad. La cotización establecida por la Ley 100 pero ajustada por la Ley 1122 de 2007, corresponde al 12,5% del ingreso o salario base de cotización, que no puede ser inferior al salario mensual, siendo provisto en su totalidad directamente por el trabajador independiente y por los pensionados o en el caso de un trabajador asalariado, por el empleado (que aporta el 4%) y su empleador (que contribuye con el 8,5%). Quienes cuenten con ingresos superiores a dos salarios mínimos legales mensuales, contribuyen además con medio punto adicional como solidaridad con el régimen subsidiado, a través de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA.

Las personas sin capacidad de pago (pobres) y aquellas que no tienen suficiente para pagar cotizaciones obligatorias (personas que ganan menos de dos salarios mínimos), son focalizados y seleccionados mediante la aplicación de una encuesta socioeconómica (SISBEN) que aplican las entidades territoriales, para verificar que cumplen con requisitos que les permite recibir subsidios totales o parciales del régimen subsidiado para ellos y sus familiares. Esta afiliación se financia mediante aportes del Estado (Nación, Departamentos y Municipios) como fuente principal, y se complementa con transferencias reglamentadas, de solidaridad del régimen contributivo.

Las personas que no son afiliadas a ninguno de estos dos regímenes, en general por no quedar incluidos en los grupos prioritarios (SISBEN I y II), o por carecer de ingresos estables para acceder al régimen contributivo, se denominan “participantes no asegurados”, son responsabilidad de las alcaldías a través de las Empresas Sociales del Estado, en cada municipio, las cuales aportan recursos a los hospitales públicos para brindarles la prestación de los servicios (subsidio a la oferta).

En el régimen contributivo las EPS, realizan los procesos de aseguramiento, mediante el recaudo de las cotizaciones que garantizan un paquete de servicios, Plan Obligatorio de Salud (POS), que se presta a través de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) ya sean contratadas o propias (integración vertical). Para financiar los costos de la prestación de servicios, las EPS reciben del FOSYGA, la llamada Unidad de Pago por Capitación (UPC), que es una asignación per cápita garantizada, ajustada según la edad,

sexo y regiones geográficas de la población afiliada a cada EPS, que además es ajustada acorde con los contenidos que sean ingresados al POS. Las relaciones entre el FOSYGA y las EPS se establecen mediante una subcuenta de compensación que regula mensualmente los aportes provenientes de los afiliados y las UPC a reconocer a cada EPS.

Por su parte el régimen subsidiado, administrado por EPS autorizadas que pueden administrar también al régimen contributivo, las Cajas de Compensación Familiar que organicen programas para tal fin y las Empresas Solidarias de Salud que son una modalidad de EPS, con origen en las organizaciones comunitarias, también reciben, una UPC Subsidiada con menor valor a la de la UPC contributiva, para brindar el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) que si bien inicialmente ha contado con menos servicios, a raíz de la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional que ha ordenado la unificación de los planes de los dos regímenes, llevo a que la CRES, haya expedido los Acuerdos 003, 004 y 005 de 2009, con los cuales ha dado inicio al proceso progresivo de unificación de los contenidos, empezando por unificar las prestaciones de servicios para los menores de 12 años. Entre tanto los servicios que no sean cubiertos por el POS-S, deben ser garantizados por los hospitales públicos, para lo cual siguen recibiendo financiación del Estado, en la modalidad de subsidio a la oferta.

Los recursos destinados a financiar el régimen subsidiado, se distribuyen con criterios de equidad entre las entidades territoriales y provienen básicamente de recursos fiscales, de solidaridad del régimen contributivo, de los ingresos propios de las entidades territoriales y de algunos recursos aportados voluntariamente pero que deben ser sostenidos:

Cuadro 13. Colombia: Fuentes de financiación del régimen subsidiado

Fuente	Criterio
Sistema General de Participaciones en salud (SGPS)	A partir de 2009, se hace uso hasta del 65% del total para el régimen subsidiado y el 35% restante para cubrir a la población aún no afiliada y la atención a toda la población de actividades no cubiertas en el plan de beneficios.
Recursos de juegos de suerte y azar y recursos transferidos por la Empresa Territorial para la Salud ETESA	Son recursos propios de los territorios, siempre que no tengan destinación específica para pensiones, funcionamiento o investigación.
Rentas cedidas destinadas a la salud de los Departamentos y del Distrito Capital	Se destinan por lo menos el 25% al régimen subsidiado, junto con cualquier otro recurso que puedan aportar siempre que una vez incluida esta fuente, se haga de forma permanente.
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)	1.5 de la cotización de los recursos provenientes del régimen contributivo y de los regímenes especiales y de excepción
Gobierno Nacional	Aporta un monto por lo menos igual, en pesos constantes, más un punto adicional del presupuesto de la vigencia 2007, garantizando los recursos para cubrir a toda la población de los niveles I, II y III del SISBEN.
Cajas de Compensación Familiar	5% de los recaudos del subsidio familiar
Gremios, asociaciones y demás organizaciones.	Aportar según sus capacidades
Rendimientos financieros	De las diferentes fuentes

Fuente	Criterio
Impuesto de renta sobre la producción de las empresas de la industria petrolera.	En la zona de Cupiagua y Cusiana, el 15% de los recursos adicionales que reciban los municipios, distritos y departamentos como participación y transferencias por este concepto
Afiliados	Aportes que hagan para cubrir la diferencia entre el subsidio parcial y el subsidio pleno o el régimen contributivo.

La financiación de las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad, se manejan por la subcuenta de promoción del FOSYGA, para el cubrimiento de las incapacidades generadas por enfermedad general y de las licencias de maternidad. Su financiación es un porcentaje del total de los recaudos por cotizaciones, en tanto la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, se usa para el cubrimiento de urgencias generadas por accidentes de tránsito, acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales u otros eventos, haciendo uso de recursos del FONSAT (Decreto Ley 1032 de 1991), de una contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual del seguro obligatorio de accidentes de tránsito.

Durante el 2007 a través del DNP y los CONPES 104, 106 y 111 se transfirieron del Sistema General de Participaciones a las entidades territoriales recursos por valor de \$4.133.572 millones, de los cuales el 55,9%, se destinaron al régimen subsidiado; el 34,05%, para financiar la prestación de servicios a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda y el 10,05%, para atención del componente de salud pública. En el 2008, el CONPES 112 designo del SGP, el 61% para el régimen subsidiado, el 28.9% para prestación de servicios y el 10.1% para salud pública.

Cuadro 14. Colombia: Recursos del sistema general de participaciones, 2002-2008
(millones de pesos)

Vigencia	Reg. Subsidiado	Salud Pública	Prestación de Servicios	Total
2002	1.207.542	290.874	1.093.059	2.591.475
2003	1.453.555	337.649	1.243.177	3.034.382
2004	1.609.641	359.695	1.363.470	3.332.807
2005	1.765.826	379.758	1.440.908	3.586.493
2006	1.940.245	398.372	1.497.019	3.835.637
2007	2.310.464	416.818	1.407.699	4.133.572
2008	2.503.780	414.560	1.186.217	4.104.558

FUENTE: Ministerio de la Protección Social. Informe de Actividades al Honorable Congreso de la República 2007-2008.

Dentro del componente de salud pública, el SGP financia cerca del 70% de las acciones colectivas que desarrollan los municipios. Desde el FOSYGA, se canalizan recursos a través de sus diferentes subcuentas: para financiar la compensación en el régimen contributivo (subcuenta de compensación); con destino al

régimen subsidiado y para recobros de medicamentos no POS y fallos de tutela (subcuenta de solidaridad); para la financiación de actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad (subcuenta de promoción de la salud); y para el cubrimiento de la atención en salud, entre otros, por causa de accidentes de tránsito y eventos catastróficos, naturales y terroristas (Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, ECAT).

De otra parte el gasto público está conformado por el realizado directamente por el Ministerio y sus entidades adscritas, las entidades territoriales de salud (direcciones seccionales y locales de salud y hospitales públicos en cuanto a la atención de vinculados, intervenciones colectivas y otros gastos como administración e inversión imputados como subsidio a la oferta), otras dependencias y programas oficiales y el FOSYGA y el gasto público en seguridad social correspondiente al régimen subsidiado (o subsidios a la demanda).

El gasto total en salud en relación con el PIB representa una proporción que varía en forma ascendente entre 6,2% para 1993, alcanzando a ser de 9.6% para estabilizarse en alrededor del 7,7%, hacia comienzos de la década del 2000. Los demás componentes del gasto total mantienen un comportamiento similar y estable.

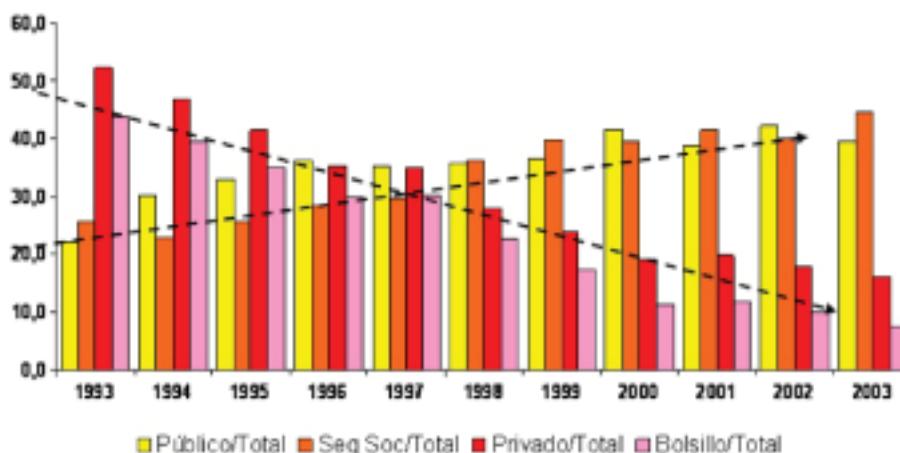
En el régimen subsidiado, el gasto se concentra principalmente en el mantenimiento de los recursos para dar sostenibilidad en la atención a la población que ya viene afiliada, y en ampliar la cobertura mediante el ingreso de nueva población a través de subsidios totales o parciales, con miras a alcanzar la cobertura universal. El gasto en seguridad social en salud, correspondiente al régimen contributivo, es realizado a través de las EPS (públicas y privadas), los regímenes especiales (Fuerzas Armadas, magisterio y Ecopetrol) y las entidades adaptadas al sistema (EAS). En este caso la relación con respecto al PIB registra sucesiones de incrementos y descensos.

Cuadro 15. Colombia: Ejecución presupuestal, gastos del FOSYGA para la vigencia, 2007-2008 (millones de pesos)

Ingresos								
Subcuenta	Apropiación Definitiva		Ejecución		% Ejecución		Part % x Subcuenta/ ejecución	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Compensación	8.798.858	10.136.429	8.531.881	9.231.273	97.0	84.0	80.0%	76.0%
Solidaridad	1.822.847	2.570.230	1.754.673	2.510.170	96.3	98.0	16.5%	21.0%
Promoción	335.928	397.740	290.618	304.520	86.5	77.0	2.7%	2.0%
ECAT	185.993	156.500	87.050	153.368	46.8	98.0	0.8%	1.0%
Total	11.143.625	14.068.467	10.664.222	12.199.331	95.7	86.7	100.0%	100%

FUENTE: MPS. Informe de Actividades al Honorable Congreso de la República 2007-2008 y 2008-2009.

En el SGSSS, el gasto privado total, comprende el gasto imputado en atención de salud por los seguros privados voluntarios (pólizas de salud y de accidentes personales), los planes de medicina prepagada y el gasto directo de las familias o gasto de bolsillo.

Gráfica 17. Colombia: Gasto en salud, 1993-2003


FUENTE: Barón, G. Cuentas de Salud Colombia 1993 – 2003.

Frente al gasto total y al gasto en seguridad social, que ha ido incrementándose paulatinamente, en el mismo periodo se observa como el gasto de bolsillo se ha reducido de manera significativa, entendiéndose por gasto directo o de bolsillo el realizado con recursos propios de las personas, en el momento de acceder a la prestación de los servicios, independientemente de su condición de afiliados o no al sistema, e incluye lo correspondiente a copagos, cuotas moderadoras o de recuperación, gastos por consulta general o especializada, hospitalizaciones, exámenes de laboratorio y ayudas diagnósticas, medicamentos, prótesis y demás pagos directos relacionados con la atención recibida en salud.

2.3. PROVISIÓN DE SERVICIOS

Provisión de servicios: oferta y demanda

Si bien el aseguramiento es la puerta de entrada al sistema, no menos importante resultan los procesos que se requieren para garantizar adecuadas prestaciones de servicios y la atención de las necesidades en salud dado que en el SGSSS, hacer parte de alguno de los dos regímenes, provee a las personas, del derecho a demandar servicios de carácter individual contenidos en el POS. Para ello el CONPES 3204 de 2002 definió la política de prestación de servicios para el SGSSS, basada en tres ejes fundamentales que tienen como propósito, garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos (eficiencia) y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a los habitantes del territorio nacional.

A partir de la política, y en búsqueda de la eficiencia en la prestación, se ha fortalecido la inversión para el desarrollo de refuerzos estructurales y sísmicos, lográndose el mejoramiento de hospitales ubicados en zonas de amenaza alta e intermedia, y se han transferido recursos para proyectos arquitectónicos, estudios de dotación, vulnerabilidad y de inversión.

Cuadro 16. Colombia: Modernización de la prestación de servicios, 2002-2008

Departamentos	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Total IPS	Presupuesto (millones de pesos)
Amazonas					
Antioquia					
Atlántico					
Bolívar					
Boyacá					
Caldas					
Cauca					
Cesar					
Choco					
Córdoba					
Cundinamarca	124	68	10	202	922.556.600
Huila					
La Guajira, Magdalena					
Meta					
Nariño					
N de Santander					
Sucre					
Tolima					
Valle					
Vaupés					
Vichada					

FUENTE: MPS, Dirección General de Calidad.

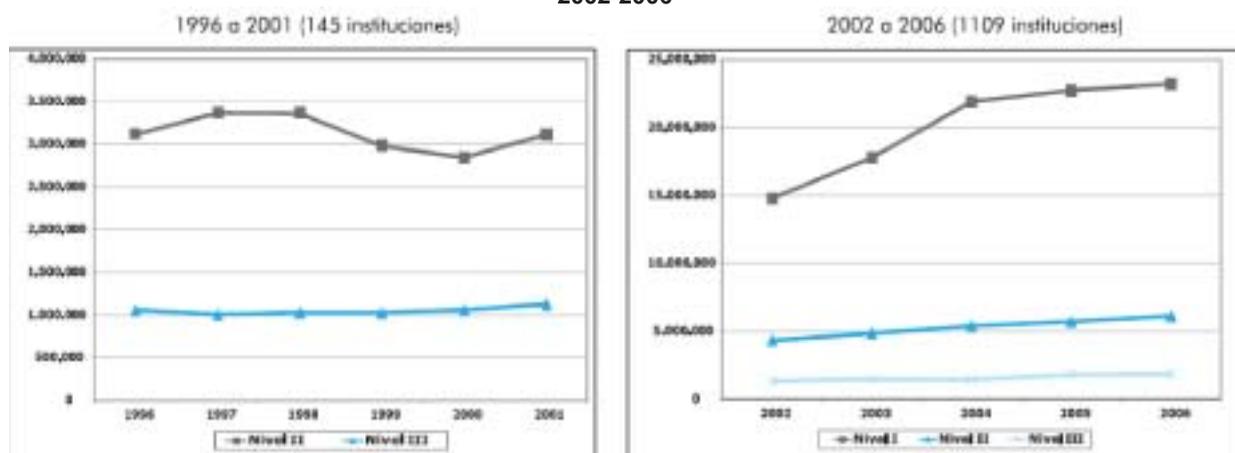
A pesar de las inversiones, ha sido necesaria la reestructuración de un importante número de hospitales públicos y el cierre de otros por la imposibilidad de mantener su sostenibilidad frente a la abierta competencia del mercado, que condujo a dificultades administrativas y operativas de la red pública y que llevó a convertirlos en Empresas Sociales del Estado (ESE), condición especial que les mantiene el carácter de entidades públicas, pero les permite un régimen de administración privada para poder participar en la venta de servicios a las diversas administradoras del régimen subsidiado y contributivo, buscando obtener que sean eficientes y competitivos.

Dentro de los procesos de garantía de la calidad, a 2006, 59.840 prestadores de servicios de salud (100%) estaban habilitados para prestar servicios; de estos 14.981 son IPS (incluyendo 1.499 hospitales) y 44.859 son profesionales independientes de la salud. A junio de 2008 se reportan 14 IPS acreditadas, en tanto 2.050 IPS y 62 EPS se encuentran en proceso de implementación del Sistema de Información para la Calidad para monitorear la calidad de la prestación de los servicios y en el mismo proceso se ha fortalecido también, la vigilancia de la seguridad transfusional en la red de bancos de sangre y se ha realizado el análisis y consolidación de información de los 101 bancos del país a quienes se les brinda asistencia técnica a través del INS.

El mejoramiento en la gestión de los hospitales públicos ha generado una mayor disponibilidad de recursos para garantizar el suministro de medicamentos a los usuarios, pero también ha contribuido a modificar el perfil del uso de los servicios en salud, generando una reducción en el uso de servicios hospitalarios y de urgencias y un incremento en el uso de servicios preventivos y de elección.

El mercado de servicios de salud está compuesto por al menos tres mercados interconectados: el mercado de aseguramiento en salud, el mercado de prestación de servicios de salud, y el mercado farmacéutico y de insumos, teniéndose principalmente información de la prestación de servicios del sector oficial o público y no del privado, máxime cuando se ha pasado de tener información de 145 entidades en el periodo entre 1996 a 2001 a 1109 entidades en el periodo 2002 a 2006. A partir de esta información se ha evidenciado un incremento en el número de consultas tanto en los hospitales de segundo y tercer nivel para el periodo de 2002 al 2006, pero con un mayor aporte del segundo nivel con relación al tercer nivel. De igual forma el número de consultas médicas electivas realizadas en el mismo periodo presenta un incremento sustancial dado particularmente a partir de los hospitales de primer nivel que han duplicado su producción de servicios pasando de 15 millones de consultas externas en el año 2002, a 23 millones de consultas en el año 2006.

Gráfica 18. Colombia: Número de consultas médicas electivas realizadas en instituciones públicas, 1996-2001 y 2002-2006



FUENTE: Ministerio de la Protección Social, Universidad Javeriana – Cendex.

En contraste, la consulta de urgencia ha tendido a la estabilidad en los hospitales de segundo y tercer nivel entre 2002 y 2006 en tanto en el primer nivel ha tendido a incrementar pasando de 4.5 millones de consultas en 2002 a 6.7 millones en 2006. Es necesario tener en cuenta que dado el bajo nivel de resolución de los organismos de primer nivel, es probable que la mayor parte de estas urgencias correspondan a consultas externas no urgentes.

En relación con la atención de partos en el sector público, el cambio no ha sido sustancial, e incluso ha presentado una tendencia al decrecimiento en los últimos 5 años, con una mayor reducción en los hospitales de tercer nivel de complejidad aunque el segundo nivel se ha mantenido relativamente estable.

Cuadro 17. Colombia: Nacimientos por sitio del parto, instituciones públicas y privadas, 2006

Área de Ocurrencia	Total	Sitio del Parto				
		Institución de Salud		Domicilio	Otro	Sin información
		Casos	%			
Cabecera	696.454	688.758	99	6.390	1.085	221
Centro poblado	8,872	5,144	58	3,444	178	106
Rural disperso	8,150	155	2	7,193	483	319
Sin información	974	1	0	394	36	543
Total	714.450	694.058	97	17.421	1.782	1.189

FUENTE: DANE Estadísticas Vitales.

La atención del parto permitiría dar cumplimiento a la meta ODM de contar con parto institucionalizado en más del 95%, si no fuese porque en la zona rural la principal atención no se realiza de forma institucionalizada sino domiciliaria precisamente por las dificultades en el acceso. También es importante resaltar que si bien la mayor parte de los partos son atendidos por médico en las instituciones de salud, son las parteras, mas que las promotoras o las auxiliares de enfermería o incluso las enfermeras, las que atienden los partos en el domicilio. A pesar del alto promedio nacional de la atención institucional, hay algunos departamentos con promedios mas bajos como Arauca, Amazonas, Cauca, Putumayo y Chocó (entre 81.4% y 90.7%).

Cuadro 18. Colombia: Persona que atendió el parto, 2006

	Total	Médico	Enfermera(o)	Auxiliar de enfermería	Promotora	Partera	Otro	Sin información
Institución de Salud	694.058	691.989	1.050	959	58	--	2	--
Domicilio	17.421	273	112	582	750	11.013	4.179	512
Otro	1.782	395	96	221	45	311	693	21
Sin información	1.189	33	3	8	17	513	76	539
Total	714.450	692.690	1.261	1.770	870	11.837	4.950	1.072

FUENTE: DANE Estadísticas Vitales.

Otras consultas y otros tipos de procedimientos han tenido crecimientos importantes como la consulta de medicina especializada, que ha pasado en los hospitales de segundo nivel de 1.882.000 a 2.756.000 consultas y en los hospitales de tercer nivel de 1.224.000 a 1.545.000 consultas. Las consultas de odontología, se han

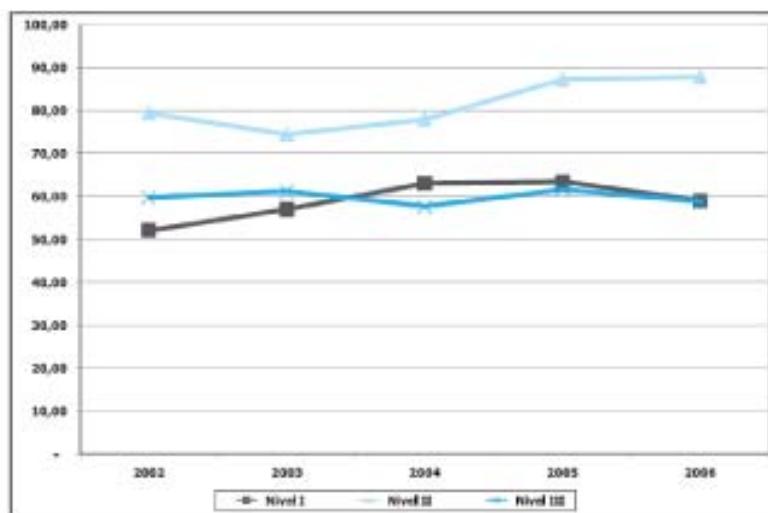
mantenido relativamente estables en los hospitales de segundo nivel, 926.000 consultas en el año 2002 y 1.305.000 en 2006 en tanto en el tercer nivel se ha pasado de 39.000 consultas en 2002 a 64.000 en 2006. Frente a las cirugías, en los hospitales de segundo nivel se pasó de un nivel cercano a las 380.000 cirugías al año a un nivel de 490.000 en el periodo 2002 a 2006, en tanto en los hospitales de tercer nivel se paso de 240.000 cirugías al año, a 280.000 en el mismo periodo. Todo lo anterior señala incrementos en la producción hospitalaria especialmente en procedimientos de tipo intervencionista y procedimientos tendientes a la especialidad.

De otra parte los egresos hospitalarios en las instituciones públicas de segundo y tercer nivel han tendido a la estabilidad desde los pasados 5 años (1.1 millones de egresos entre 2002 a 2006). En el primer nivel de atención los egresos han variado de 520.000 egresos a 550.000 indicando que no ha habido un mayor crecimiento en la capacidad resolutive en los hospitales del nivel básico de atención.

Como principales indicadores de eficiencia, se resalta el porcentaje en egresos por parto vaginal, que se mantuvo estable en el primer nivel entre el 32,8% y 31,1% entre 2002 y 2006 aunque se redujo en el segundo nivel pasando de 18,6% a 14,1% en el mismo periodo y en el tercer nivel dio un cambio sustancial al pasar de 12,6% en 2002 al 10,1% en 2006. El porcentaje de partos por cesárea a su vez incremento en el segundo nivel (paso de 30% a 35,8%), mientras que en el tercer nivel se disminuye (de 36,6% a 35,8%). Estos cambios indican tanto mayor detección de riesgo como más tendencia intervencionista desde los médicos que debe evaluarse.

En relación con el número de camas hospitalarias, es de resaltar cómo en el sistema público se manifestó una reducción constante en el número de camas a través del periodo. Los hospitales de segundo nivel pasaron de cerca de 9.400 camas en 2002 a algo más de 9.100 en 2006, mientras que en el tercer nivel se pasó de 5.700 camas en 2002 a 5.900 en 2003. Los hospitales de tercer nivel también redujeron su número de camas de 10.000 a 9.400. Se observa un incremento de camas para el año 2006. A nivel agregado en 1996 existían 16.300 camas y en 2006, 13.500 camas en los mayores niveles de complejidad.

Gráfica 19. Colombia: Giro cama, 2002-2006



FUENTE: Ministerio de la Protección Social, Universidad Javeriana – Cendex.

Dentro de la oferta de servicios en el país viene tomando auge, lo relacionado con el trasplante de órganos, para lo cual desde el 2007 el INS cuenta con una aplicación web para la Red de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos (RDT), que contiene información clínica de los donantes, listas de espera, y trazabilidad de los órganos. Se dio inicio a la consolidación de información sobre los componentes, riñón, hígado y corazón y se continúa con el módulo de córneas, hueso, y válvulas cardíacas. Entre el 1 de julio de 2007 y el 30 de abril de 2008 se realizaron 818 trasplantes de órganos en Colombia, siendo los componentes más representativos el riñón con el 71,1% (582) y el hígado con el 19,1% (156).

La Dirección Nacional de Emergencias y Desastres, a cargo de la Presidencia de la República y con la participación del MPS, han avanzado en la entrega de equipamiento especialmente en regiones dispersas, entregándose en el periodo de 2002 a 2008 un total de 816 ambulancias; con el programa de telemedicina y financiación con recursos de la subcuenta ECAT, se han habilitado servicios de mediana y alta complejidad en nueve departamentos (Amazonas, Caquetá, Choco, Guaviare, Guainía, Putumayo, Vaupés, Vichada, San Andrés y Providencia) y servicios de cuidado intermedio en hospitales de referencia ubicados en 39 ciudades intermedias permitiendo el acceso de estas regiones a servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en consulta, cardiología, radiología, neurología, UCI, teleradiología, teleconsulta, teledermatología y otros.

Causas de consulta por enfermedad general en consulta externa y hospitalización

Las atenciones provistas por la oferta de servicios se monitorean en el país desde el año 2000, a través del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) establecido mediante la Resolución 3374 de 2000 que con el paso del tiempo, ha dado cuenta de una mejora en la calidad del registro sin embargo aún quedan temas por subsanar en esta materia, aunque la cobertura de la información es limitada.

A partir de este registro se tiene que en las consultas externas, las principales causas de consulta reportadas por los servicios tanto entre las mujeres como entre los hombres, tienen que ver con las enfermedades hipertensivas, las enfermedades de la cavidad bucal, y las enfermedades de las vías respiratorias superiores. En el caso de las hospitalizaciones, en las mujeres las primeras causas se relacionan con el parto y las consultas relacionadas, en tanto en los hombres son las no especificadas, las neumonías y lo relativo al sistema digestivo.

Cuadro 19. Colombia: Primeras causas de consulta externa, en mujeres y hombres, 2007

MUJERES	
Causas	Casos
I10-I15 Enfermedades hipertensivas	466.882
K00-K14 Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	385.228
J00-J06 Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	346.986
R50-R69 Síntomas y signos generales	315.501
Z00-Z13 Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	304.754

N30-N39 Otras enfermedades del sistema urinario	224.802
R10-R19 Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	223.311
K20-K31 Enfermedades del esófago, del estomago y del duodeno	196.627
Z30-Z39 Personas en contacto con los servicios de salud en circunstancias relacionadas con la reproducción	191.619
N80-N98 Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos	184.321
N70-N77 Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	178.887
M40-M54 Dorsopatias	176.386
M00-M25 Artropatias	162.626
A00-A09 Enfermedades infecciosas intestinales	150.630
G40-G47 Trastornos episódicos y paroxísticos	126.622
Z70-Z76 Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	114.637
M60-M79 Trastornos de los tejidos blandos	104.635
B65-B83 Helmintiasis	103.044
J40-J47 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	101.621
H49-H52 Trastornos de los músculos oculares, del movimiento binocular, de la acomodación y de la refracción	97.784
HOMBRES	
Causas	Casos
K00-K14 Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	261.538
J00-J06 Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	260.148
I10-I15 Enfermedades hipertensivas	212.706
R50-R69 Síntomas y signos generales	201.732
Z00-Z13 Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	171.923
A00-A09 Enfermedades infecciosas intestinales	129.716
M40-M54 Dorsopatias	114.999
R10-R19 Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	96.073
K20-K31 Enfermedades del esófago, del estomago y del duodeno	93.510
J40-J47 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	85.715
B65-B83 Helmintiasis	83.898
M00-M25 Artropatias	77.218
Z70-Z76 Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	73.284
N30-N39 Otras enfermedades del sistema urinario	67.026
H49-H52 Trastornos de los músculos oculares, del movimiento binocular, de la acomodación y de la refracción	61.203
J20-J22 Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	60.970

L00-L08 Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	59.589
M60-M79 Trastornos de los tejidos blandos	59.286
G40-G47 Trastornos episódicos y paroxísticos	58.209
N40-N51 Enfermedades de los órganos genitales masculinos	52.756

FUENTE: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), 2007. MPS.

Cuadro 20. Colombia: Primeras causas de atención en hospitalización, mujeres y hombres, 2007

MUJERES	
Causas	Casos
O80-O84 Parto	29.110
R50-R69 Síntomas y signos generales	19.559
Z30-Z39 Personas en contacto con los servicios de salud en circunstancias relacionadas con la reproducción	18.574
R10-R19 Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	17.995
O30-O48 Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	16.116
J10-J18 Influenza (gripe) y neumonía	12.669
J40-J47 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	10.940
N30-N39 Otras enfermedades del sistema urinario	10.031
N80-N98 Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos	9.912
K80-K87 Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	8.222
O00-O08 Embarazo terminado en aborto	7.862
F30-F39 Trastornos del humor	7.698
L00-L08 Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	6.854
A00-A09 Enfermedades infecciosas intestinales	6.726
O60-O75 Complicaciones del trabajo de parto y del parto	6.642
I30-I52 Otras formas de enfermedad del corazón	6.369
O20-O29 Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	5.897
D10-D36 Tumores benignos	5.752
K35-K38 Enfermedades del apéndice	4.865
J20-J22 Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	4.844
HOMBRES	
Causas	Casos
R50-R69 Síntomas y signos generales	15.218
J10-J18 Influenza (gripe) y neumonía	13.541
R10-R19 Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	10.432

J40-J47 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	9.446
L00-L08 Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	7.640
I30-I52 Otras formas de enfermedad del corazón	6.313
A00-A09 Enfermedades infecciosas intestinales	6.272
F30-F39 Trastornos del humor	6.005
I20-I25 Enfermedades isquémicas del corazón	5.443
J20-J22 Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	5.339
K35-K38 Enfermedades del apéndice	4.748
N40-N51 Enfermedades de los órganos genitales masculinos	4.286
N30-N29 Otras enfermedades del sistema urinario	3.578
R00-R09 Síntomas y signos que involucran los sistemas circulatorio y respiratorio	3.441
I60-I69 Enfermedades cerebrovasculares	3.436
K80-K87 Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	3.098
E10-E14 Diabetes mellitus	2.926
K40-K46 Hernia	2.853
S00-S09 Traumatismos de cabeza	2.723
F20-F29 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	2.648

FUENTE: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), 2007. MPS.

Desarrollo de la fuerza de trabajo en salud

La Ley 30 de 1992 es el marco general de la educación universitaria, gracias a la cual se generó la creación de un gran número de instituciones y programas en salud, con relativamente bajas coberturas de acreditación voluntaria. El incremento en la demanda educativa media, se debió a la presión de los egresados resultantes del incremento en la cobertura básica; el sector salud, al requerir mayores niveles de tecnología e infraestructura para asegurar la calidad, requirió la reglamentación de requisitos mínimos para la creación y funcionamiento de programas (Decreto 272 de 1998), que condujo a la creación de la Comisión Nacional para el Aseguramiento de la Calidad en la Educación Superior (CONACES).

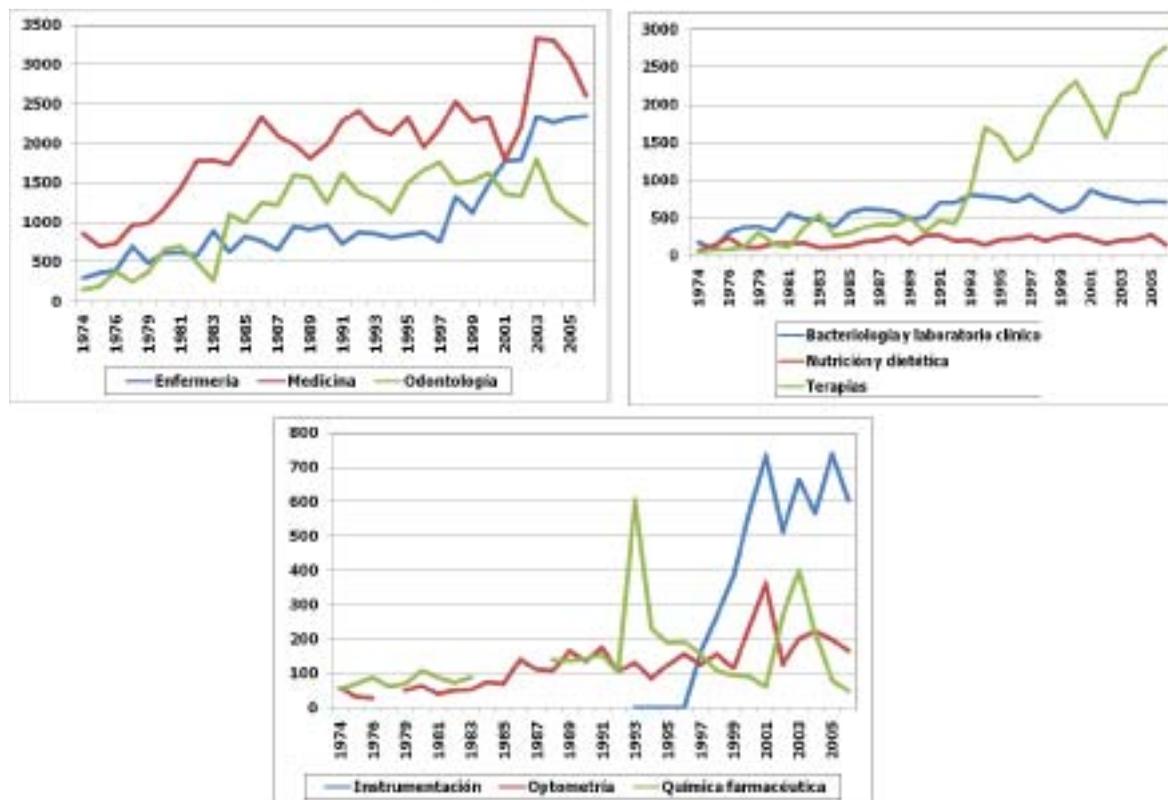
Cuadro 21. Colombia: Número de programas en salud, nivel nacional, 1974, 1990 y 2006

Años	Bacteriología y laboratorio clínico	Enfermería	Instrumentación	Medicina	Nutrición/ dietética	Odontología	Optometría	Química farmacéutica	Terapias
1974	5	12	0	11	5	4	1	3	5
1990	9	19	0	21	6	11	1	3	13
2006	12	38	11	41	6	18	7	3	44

FUENTE: Ministerio de la Protección Social, Universidad Javeriana – Cendex.

Los programas de odontología, medicina y enfermería (grupo 1) crecieron de forma importante entre 1974 y 2006, seguidos por los programas de bacteriología, nutrición y terapias (grupo 2) y los programas de instrumentación, optometría y química farmacéutica (grupo 3) generando tendencias al crecimiento en el número de egresados, excepto la instrumentación que ha tenido periodos de disminución en la formación. Las especialidades médicas de mayor acogida son las de anestesiología, cirugía general, medicina interna, ortopedia y traumatología y pediatría aunque es claro que la concentración de estas especialidades se da en las principales ciudades como Bogotá, en tanto aún las ciudades medianas y pequeñas no cuentan con este recurso o no es suficiente.

Gráfica 20. Colombia: Egresados de programas universitarios, 1974-2005



FUENTE: Ministerio de la Protección Social, Universidad Javeriana – Cendex.

Gestión de recursos humanos y condiciones de empleo

La Ley 100 de 1993 también tuvo efectos en el mercado laboral, toda vez que de una relación directa entre el paciente y su médico, se pasó a una relación mas institucional y a tener como intermediarias a las EPS, para poder tener acceso a los servicios; sin embargo se ha evidenciado un crecimiento en la oferta de servicios tanto en baja como alta complejidad con mayor demanda en aspectos relacionados con servicios ligados a la alta tecnología médica toda vez que con el incremento en la cobertura de población asegurada al sistema, se ha dado una mayor posibilidad de acceder a los servicios de salud.

El incremento en las coberturas de aseguramiento ha generado insatisfacción en los proveedores, que pasaron de tener una condición monopolística sobre los usuarios a una sustentada en la negociación soportada en sistemas de incentivos entre los diferentes actores. El direccionamiento de los pacientes a través de redes de servicios, que es discrecional a los aseguradores, y los sistemas de contención de demanda, han restringido en forma muy importante la capacidad de los profesionales para determinar tratamiento y conductas con los pacientes²¹.

La oferta de profesionales, resulta del cambio constante entre los que se gradúan (entradas), y los que migran, mueren o se jubilan (salidas). De este resultado se tiene que la concentración de graduados anuales está principalmente en medicina, con 2.392, seguido por profesionales en enfermería (2.266), 644 bacteriólogos, 587 odontólogos, 565 instrumentadores, 145 nutricionistas, y 100 optómetras, en el 2006.

Dada una población nacional estimada para 2006 en 43.405.387 (dato DANE), y estimado el total de graduados/población por cada 100.000 habitantes, se observa que para este año habían 5.5 graduados en medicina por 100.000 habitantes, el 5.2 graduados en enfermería por 100.000 habitantes, el 2.0 graduados en odontología por 100.000 habitantes, el 5.7 graduados en terapias por 100.000 habitantes, el 1.5 a bacteriólogos y tan solo el 0.3 a nutricionistas por 100.000 habitantes. La demanda laboral muestra reducción en los cargos de tipo asistencial en los niveles auxiliar, ejecutivo y profesional, pasando de 28.470 en 2003 a 24.261 en 2006. El caso particular de los profesionales se pasa de 15.402 cargos en 2003 a 13.832 en 2006.

A partir de la aplicación de modelos matemáticos, y teniendo en cuenta las salidas de recurso humano (jubilaciones, migraciones y muertes), se han realizado las proyecciones para el 2008, teniendo como población nacional estimada 44.450.260 con lo cual se cuenta con un stock de 16.7 médicos por 10.000 hab., 8.29 odontólogos por 10.000 hab. y 8.01 enfermeras por 10.000 hab.

Medicamentos

El país avanza en la implementación de un proceso metodológico y módulos de capacitación para la implementación de los procesos generales del servicio farmacéutico y el Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitarias, en 50 IPS públicas. Con el apoyo del Comité Técnico de Medicamentos y Evaluación de Tecnología (CTMET), se dio viabilidad a la inclusión de medicamentos en los planes de

21 MPS, Universidad Javeriana y Cendex. Los Recursos Humanos en Salud en Colombia: Balance, Competencias y Prospectiva. Tercera Edición, Bogotá. Agosto de 2008.

beneficios a través de los Acuerdos 228, 263, 282, 335, 336, 368 y 380, destacándose principalmente las inclusiones de antiretrovirales para el manejo del VIH/SIDA y los anticonceptivos hormonales y el condón masculino tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado.

Frente a los medicamentos los principales énfasis se han dado con relación a procesos de gestión de la información con la integración del Sistema de Información para la Modulación del Mercado de Medicamentos (SISMED), y en las funciones de inspección, vigilancia y control a través del INVIMA para desarrollar acciones relacionadas con la expedición de los registros sanitarios, vigilancia, control y seguimiento a la industria productora y comercializadora de medicamentos, alimentos e insumos conformando el equipo técnico-administrativo para el Programa Nacional DeMuestra la Calidad con el objeto de evaluar un conjunto de medicamentos de alto consumo y relevancia clínica, posterior a la expedición del respectivo registro sanitario.

Adicional a los anteriores procesos se ha fortalecido lo relacionado con la farmacovigilancia, como programa que tiene por objeto preservar la salud de la población en lo relacionado con la exposición a riesgos asociados al consumo de medicamentos.

Tecnología

La evaluación de tecnología biomédica, hace parte de la política de prestación de servicios orientada a mejorar la calidad, accesibilidad, eficiencia y seguridad en la atención de los pacientes, teniendo presente que en gran medida el éxito de un tratamiento prescrito depende del correcto uso y estado en que se encuentren los equipos biomédicos requeridos para su atención. En desarrollo de este proceso se ha avanzado en la construcción de los manuales de asistencia técnica para las entidades territoriales e IPS, así como en la metodología de evaluación del equipamiento biomédico, en la metodología para el levantamiento del inventario y en los indicadores de evaluación de equipamiento biomédico.

Adicionalmente mediante acciones de capacitación y de asistencia técnica se apoya el fortalecimiento de la capacidad técnica y operativa de las Direcciones Territoriales de Salud para la elaboración de proyectos arquitectónicos y de inversión y la realización de estudios de vulnerabilidad sísmica estructural.

3. MONITOREO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO/ REFORMAS

3.1. EFECTO SOBRE LAS FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

El SGSSS en su momento pretendió superar las limitaciones del Sistema Nacional de Salud relacionadas principalmente con la falta de universalidad, la solidaridad insuficiente y la ineficiencia, reorientando el enfoque del sistema, de un modelo de oferta a un modelo de demanda de servicios, lo cual implicó cambios profundos en la estructura, organización y competencias de los actores involucrados, en el sistema de financiamiento, y en los contenidos y acceso a los beneficios en seguridad social para la población, todo lo cual debía reflejarse en “el desarrollo social, el acceso equitativo a los recursos y el bienestar generalizado de la población que parecían estar al alcance de la mano”²².

La reforma adoptada optó por un modelo que combina la acción del Estado con la del mercado, buscando alcanzar mejores condiciones de eficiencia, equidad y calidad de los servicios, lograr una cobertura universal del aseguramiento, garantizar el acceso de los grupos más pobres de la población a los servicios de salud y mejorar la eficiencia y calidad en la provisión de los mismos. De lo anterior resultó la aplicación de dos estrategias básicas: de una parte, la afiliación obligatoria a la seguridad social para toda la población; y por otra, la adopción de un esquema de competencia, inspirada en la teoría de la competencia regulada.

El modelo separó la función de aseguramiento y de administración de los recursos financieros, de la función de gestión de la prestación de los servicios a los afiliados y modificó el sistema de provisión de servicios de salud cambiando la canalización de los recursos financieros, basada en el subsidio a la oferta (entrega a las instituciones prestadoras de servicios) por el subsidio a la demanda (los recursos “siguen” a la población afiliada), mediante la organización de los regímenes contributivo y subsidiado²³.

22 López S. Páginas de Salud Pública. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

23 Alfaro, G. Programa de Actualización de Competencias Técnicas. Escuela Andaluza de Salud Pública – OPS/OMS. Tercera Edición, Marzo-2009.

Gráfica 21. Estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia



La reforma a la salud en el país, modificó las dinámicas entre los actores, y si bien el papel del Estado es relevante la rectoría como tal se ha visto limitada por los procesos de negociación entre las partes dentro de un proceso de mercado. A pesar de ello la rectoría ha hecho énfasis en la búsqueda de recursos para el financiamiento del sistema y por ende para lograr con el aseguramiento de la mayor cantidad de población del país, lo cual no necesariamente ha generado un acceso equitativo para todos los afiliados al sistema.

3.2. EFECTO SOBRE LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS REFORMAS

3.2.1. EQUIDAD

La búsqueda de equidad en la salud y en los servicios de salubridad significa tratar de reducir la brecha entre grupos con diferentes niveles de privilegio social²⁴. Desde la garantía de los derechos humanos de la que hacen parte los derechos económicos, sociales y culturales, se proclama la obligación de propiciar la accesibilidad económica a los servicios de salud, interpretada como que los establecimientos, bienes y servicios de salud estén al alcance económico de todos. Si bien en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, de la OMS, Colombia ocupaba el primer lugar entre los 191 países estudiados en “equidad financiera” del sistema de salud, muchos analistas discrepan de dicho resultado debido a que a pesar del incremento sostenido dado en la afiliación al sistema, especialmente en el régimen subsidiado no se ha llegado a la cobertura universal a nivel nacional ni territorial y porque la ampliación de la cobertura no implica tener acceso real y oportuno a los servicios.

24 Parra, Oscar. El Derecho a la salud en la constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales. Defensoría del Pueblo, Bogotá 2003.

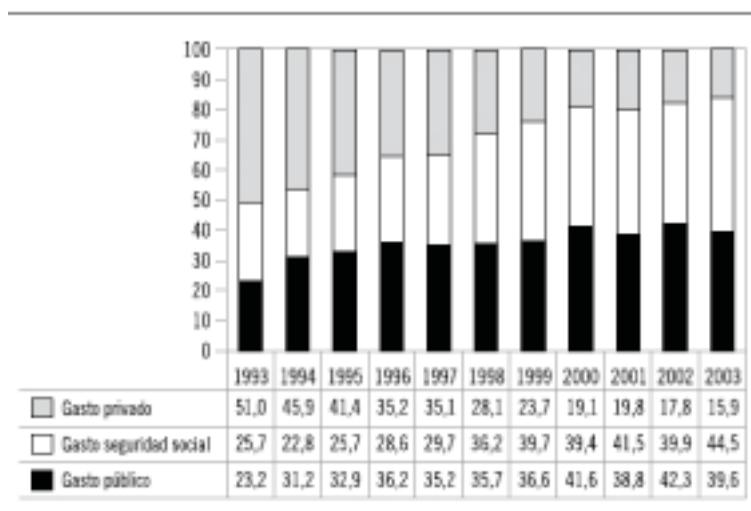
En la distribución de recursos fiscales, los recursos definidos para los servicios se sacrifican frente a otros imperativos; algunas regiones del país aún no cuentan con la tecnología, medicamentos y tratamientos necesarios y suficientes para su población debido a los costos de llevarlos especialmente en las zonas rurales y a que persisten inequidades de tipo regional, pues algunas tienen mayores capacidades que otras y porque no se ha logrado cubrir a todas las personas vulnerables, en particular a algunos grupos étnicos. El aseguramiento en la zona urbana y en las regiones más desarrolladas descansa en el régimen contributivo, mientras que en la zona rural y regiones menos desarrolladas es en su mayoría del régimen subsidiado.

También las inequidades del aseguramiento se han visto reflejadas en los grupos de edad, pues se ha logrado una mayor inclusión de las edades mayores que de los menores de edad y a pesar de que en la población general hay por muy poco, mayor proporción de mujeres que de hombres, en el aseguramiento las mujeres tienen una menor representación debido a las inequidades generales del país.

La equidad también se ve afectada por la persistencia de barreras de acceso para acceder a los servicios de forma oportuna, ya sea por razones de ubicación geográfica o por condiciones económicas que impiden el pago de los costos adicionales (copagos y cuotas moderadoras) o por procesos de gestión y administración de los servicios, que en algunos casos afectan la calidad de los mismos, el acceso a la tecnología y su capacidad de respuesta.

Otros analistas consideran que si hay evidencias de los logros en la equidad. La Fundación Corona y el DNP con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) afirman que basados en el documento Cuentas de la Salud de Barón (2005), el total del gasto en salud habría pasado de representar el 6,2% del PIB en 1993 a 7,7% en el 2003, superando el gasto promedio de los países de América Latina y el Caribe, que alcanzan el 7,04% del PIB (Banco Mundial, 2006). También consideran que debido al incremento de la participación del gasto público y del gasto en seguridad, que al menos hasta el 2003 superaban el promedio del gasto de los países de la región, se ha reducido el gasto de bolsillo de las familias para acceder a los servicios.

Gráfica 22. Colombia: Composición del gasto en salud, 1993 - 2003



FUENTE: Cálculos Fundación Corona y el Departamento Nacional de Planeación – PNUD.

Para quienes apoyan el sistema, el avance de la equidad se basa en el principio de subsidiaridad cuando los territorios con mayores ingresos por contar con mayores afiliados como Bogotá, Valle, San Andrés, Antioquia, Atlántico y Pacífico subsidian a la población del mismo régimen de las regiones con menor cobertura como la Oriental y la Central; además de la solidaridad entre regiones, la hay entre regímenes dado que el subsidio neto que reciben los afiliados al régimen subsidiado representó en el 2003 entre el 8% y el 15% de su ingreso, mientras que los subsidios a la oferta representaron cerca del 5% del ingreso promedio de la población no afiliada en varias regiones.

El análisis por quintiles de ingreso permite observar que para el 20% más pobre de la población (primer quintil), sin tener en cuenta su afiliación o no al sistema, el subsidio representó el 50% de su ingreso y el 15% para el segundo quintil en 2003 debido en parte a mejor focalización de subsidios entre los más pobres. La capacidad de redistribución se da también dentro del régimen contributivo, en donde los dos quintiles superiores de ingreso realizan un aporte que beneficia los otros grupos de ingreso y que llegó a representar 8% del ingreso del quintil superior y 3% del quintil 4 en 1997 en tanto en el 2003, ambos quintiles siguen aportando, pero porcentajes inferiores, de su ingreso: un poco más de 1% en el caso del quintil 4 y cerca del 5% el quintil 5.

En el trabajo por la equidad también se ha fortalecido el que los establecimientos y servicios de salud, sean respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, de las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y del ciclo de vida, estando concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

3.2.2. PROMOCIÓN SOCIAL

Dentro del Sistema de la Protección Social, se ha desarrollado la promoción social como el conjunto de intervenciones dirigidas a grupos poblacionales que por su condición merecen de atenciones particulares ya sea a través de acciones individuales o colectivas, e independientemente de que sean provistas por el sector público o privado; el marco general es el enfoque diferencial. Por ello el sistema progresivamente ha buscado contar con mejores apropiaciones de recursos para poblaciones vulnerables, de forma que no solo se les garantice el aseguramiento como tal sino la focalización de estrategias acorde con sus necesidades.

Cuadro 22. Colombia: Recursos para la atención de poblaciones vulnerables, concurrencia para financiar proyectos en territorios, 2007-2008
(en miles de pesos)

Vigencia	Atención en salud desplazados	Atención psicosocial	Atención inimputables	Personas mayores	Discapacidad	Total recursos
2007	11.369.581	977.600	10.618.703	430.874	3.057.600	26.454.358
2008	25.000.000	3.050.000	6.055.478	445.954	3.050.000	37.601.432
Total	36.369.581	4.027.600	16.674.181	876.828	6.107.600	64.055.790

FUENTE: Dirección General de Promoción Social, MPS.

Se viene haciendo énfasis sobre la población infantil, mejorando su aseguramiento y atención, respaldados en el Plan Nacional para la Niñez y la Adolescencia “Colombia niños y niñas felices y con iguales oportunidades” que se basa en el enfoque de derechos y tiene como propósito orientar a las entidades territoriales para alcanzar los ODM. También se ha enfatizado en el adulto mayor, que a través de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, prioriza a la población en condiciones de extrema pobreza y vulnerabilidad a través del Programa de Protección Social al Adulto Mayor (PPSAM) que a mayo de 2008, ha beneficiado a 451.449 personas adultas mayores en 1.097 municipios del país. Del total de beneficiarios, el 58,3% son mujeres y el 41,7% hombres; del total de beneficiarios, 2,7% pertenece a población indígena residente en resguardos, el 3,2% es población afrocolombiana y 3,9% lo constituye población en situación de discapacidad.

Cuadro 23. Colombia: Atención poblaciones vulnerables, 2008

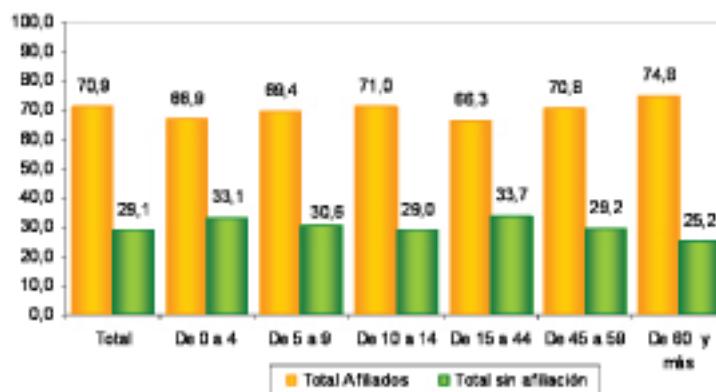
Registro de localización y caracterización de la población con discapacidad en 834 municipios	734.903 personas
Entre 2006 y 2008, acceso de 500.000 personas en situación de desplazamiento a servicios de salud	En 111 municipios
Redes de buen trato, prevención de las violencias	En 102 municipios
En 2007, servicios de atención a la discapacidad	A 5.059 personas
A agosto de 2008	339 IPS acreditadas como IAMI

FUENTE: Dirección General de Promoción Social, MPS.

Otras acciones se han encaminado a la prevención de la violencia y a la promoción de la convivencia pacífica; a dar sostenibilidad a la estrategia de Escuela y Vivienda Saludable que se desarrolla en 176 municipios, con 1.783 instituciones educativas y 149.885 niños y jóvenes; a ampliar las estrategias de Entornos Saludables y Salud Rural; a apoyar el Programa de Desarrollo Social, que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de la población rural sin capacidad de pago, en municipios del país de menos de 50 mil habitantes, a través del desarrollo de actividades para fortalecer o garantizar mejores servicios de salud.

De forma transversal también se realizan acciones en la Población en Situación de Desplazamiento (PSD), a través de diferentes modalidades (proyectos de asistencia a la niñez, unidades móviles, raciones de emergencia y operación prolongada de socorro, raciones alimentarias de emergencia) y en población con discapacidad, mediante la Política Pública Nacional de Discapacidad, que articula diferentes actores y entidades del Estado y que desde el MPS se ha concentrado en tres componentes: el fortalecimiento de Bancos de Ayudas Técnicas, el mejoramiento de Centros y Unidades de Rehabilitación y el Registro de Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad.

Gráfica 23. Colombia: Discapacidad, afiliación al Sistema General de Seguridad Social, según grupos de edad, septiembre 30 de 2008



FUENTE: DANE. Dirección de Censos y Demografía. Registro y Caracterización.

Dentro de la política de protección social en salud se elaboró el diagnóstico en salud y caracterización de 56 pueblos indígenas del país organizado por regiones geográficas y un estudio sobre las condiciones de salud y bienestar de la población de grupos étnicos en situación de desplazamiento, ubicados en zonas de frontera, en 39 municipios receptores de población desplazada y 45 municipios de zonas fronterizas. En materia de capacitación en deberes y derechos para los grupos étnicos se han beneficiado cerca de 200 representantes de población indígena y afrocolombiana y de secretarías departamentales y municipales de salud de los departamentos de La Guajira, Guaviare, Casanare, Atlántico y Chocó.

3.2.3. EFECTIVIDAD

Desde 1993 a la fecha, el Sistema General de Seguridad Social, ha tenido en el proceso avances y desaciertos, como quiera que responda a la acción de muchos actores, y a que sus acciones repercuten en el tiempo y en las condiciones de salud de la población.

Como ya se ha mencionado, dentro de los avances se ha logrado la reducción en la tasa de mortalidad infantil que pasó de 45.82 defunciones infantiles (menores de 1 año por mil nacidos vivos) en el año 1985 cuando aún se contaba con el anterior sistema de salud a 19.9 en 2008. Si bien se ha presentado cambios en la forma de medición, es posible observar igualmente reducción en la razón de mortalidad materna, al pasar de 100 defunciones por 100.000 n.v. en 1998 a 75 en 2006. Por su parte las mortalidades neonatal y postneonatal también se han visto reducidas, al pasar de 19 a 12 y de 9 a 6, respectivamente en los años de 1995 y 2005.

En el desarrollo del sistema, también se ha modificado la oferta de servicios; las coberturas de vacunación por ejemplo han presentado mejoras, como en el caso de la cobertura en menores de 1 año de polio tercera dosis que ha pasado de 80.5% en 2001 a 92.8% en 2007, la cobertura de DPT en los mismos años paso de 77.6% a 92.9%; el BCG de 84.8% a 93.3%; contra hepatitis B pasó de 78.1% a 93.1% y el de H.I.B de 53.6% a 92.2%. En el caso de los niños de 1 año, la cobertura de triple viral paso de 85.5% a 94.6% en los mismos años.

3.2.4. SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

La sostenibilidad financiera viene dándose a partir de los recursos públicos como el Presupuesto General de la Nación, el Sistema General de Participaciones, el Recaudo de Impuestos y Transferencias de la Nación, y el aporte de los trabajadores y empleadores a los sistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales. La sostenibilidad financiera está asociada a la adecuada y eficiente administración de los recursos por parte de los fondos creados para tal fin y las entidades vinculadas al MPS.

Las apropiaciones del FOSYGA han sido de \$11.143.625 millones para 2007 y de \$12.442.083 millones para 2008; sin embargo la magnitud de las apropiaciones depende también de las tendencias de la macroeconomía y de su efecto sobre todo el equilibrio del sistema de protección social.

En el Fondo de Solidaridad Pensional, en la vigencia 2007 se recaudó \$552.383 millones por concepto de aportes, rendimientos financieros, intereses de mora y multas y sanciones. De enero a mayo de 2008 en la Subcuenta de Solidaridad y Subsistencia se recaudaron \$315.763 millones por los mismos conceptos y se han registrado compromisos por valor de \$207.304 millones principalmente por subsidios y comisiones fiduciarias.

El Fondo de Riesgos Profesionales desarrolló acciones dirigidas a la promoción de la salud y prevención de los accidentes y enfermedades de origen profesional, en el marco de lo establecido en la Ley 776 de 2002. De los ingresos del Fondo, que se generan especialmente por el 1% del recaudo por cotizaciones a cargo de los empleadores y por multas, se recaudó entre junio a diciembre de 2007 \$6.529 millones y se ejecutaron \$6.620 millones. Para la vigencia 2008, la apropiación definitiva en la Ley de Presupuesto es de \$8.611 millones, registrándose un recaudo de \$4.434 millones en el período enero-mayo de 2008.

3.2.5. PARTICIPACIÓN SOCIAL

La participación social en el Sistema de Protección Social está definida desde la Ley 100 señalando que debe estimularse la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del SGSSS y en el Sistema de Protección Social, a través del establecimiento de mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que la conforman, mediante la participación de representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público y la participación de los afiliados, individualmente o en sus organizaciones, en todas las instancias de asociación, representación, veeduría de las entidades rectoras, promotoras y prestadoras y del sistema en general. Es decir que incluso la participación social es considerada como un deber en sí mismo que pueden ejercer los usuarios y que la Ley 1122 de 2007, que modificó aspectos de la Ley 100, reitera al señalar como obligación la de promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.

El objetivo es el de vigilar la transparencia en los recursos públicos del sector mediante el fortalecimiento de la capacidad social y comunitaria organizada y para ello se han dispuesto escenarios de participación para la toma de decisiones al participar en la formulación de los planes de desarrollo y en la definición de recursos para su ejecución; también en el seguimiento a la ejecución de las inversiones al acompañar la ejecución de los planes, programas y proyectos y en el seguimiento a los servicios de los regímenes a través de los cuales se prestan los beneficios a que tienen derechos.

En lo corrido del desarrollo del sistema los principales espacios que se han construido para la participación social son:

- Los Comités de Participación Comunitaria (Copacos), que son un espacio de concertación entre diferentes actores sociales y del Estado, en los que al menos el Decreto 1757 de 1994 define que deben estar integrados por representantes de la alcaldía o de la autoridad indígena respectiva, el jefe de la dirección municipal de salud, el director de la entidad del estado que presta servicios en la zona de influencia y representantes de cada una de las formas organizativas sociales y comunitarias y de aquellas promovidas alrededor de programas de salud (representantes de las UROS, UAIRAS, COVE, madres comunitarias, gestores de salud). También suelen hacer parte las juntas administradoras locales, las organizaciones de carácter veredal, barrial y municipal, las asociaciones de usuarios y/o gremios de producción, comercialización y servicios, el sector educativo e incluso la iglesia.
- Veedurías Ciudadanas, como mecanismo democrático de representación en el control social, de conformidad con el Decreto 1757 de 1994 y la Ley 850 de 2003; en materia de salud, una de las formas a través de las cuales se pueden constituir las veedurías ciudadanas es mediante la elección democrática por parte de la comunidad de personas para que adelanten la vigilancia de la inversión pública, velando por la ejecución correcta de los recursos, proyectos y programas en cada vereda y en cada barrio. De acuerdo con la Ley 850 de 2003, es necesario registrarse ante las personerías municipales y/o cámara de comercio.
- Asociaciones de Usuarios, que son las organizaciones de afiliados que constituyen el mecanismo más importante de participación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Son agrupaciones de participación democrática, constituidas por personas afiliadas al régimen contributivo, al subsidiado o vinculados (personas pobres sin aseguramiento) cuya función es la de vigilar la calidad de los servicios de salud, apoyar a los usuarios en sus derechos a recibir servicios integrales que promuevan la salud y el control de la enfermedad y a vigilar el uso adecuado de los recursos asignados al sector salud a nivel de lo público o privado (Ley 100 de 1993, Decreto 1757 de 1994).
- Red de Comités de Salud Ocupacional, que con el propósito de facilitar la participación democrática de todos los actores en el sistema, esta red se conforma por los comités seccionales y locales de salud ocupacional con objeto de establecer las relaciones jerárquicas, garantizar el funcionamiento armónico, orientar y sistematizar la información y servir de canal informativo para el cabal funcionamiento de los comités de salud ocupacional y del sistema general de riesgos profesionales.
- Red de Comités Técnicos Territoriales de Discapacidad, esta conformada por los diferentes actores del sector gubernamental, del sector privado y de la sociedad civil organizada, para facilitar la coordinación de acciones intersectoriales, así como el desarrollo del control social.
- Control social sobre el plan de intervenciones colectivas de salud pública, implica la conformación de un grupo o comité de trabajo para la formulación del Plan Sectorial de Intervenciones Colectivas, dado que este debe elaborarse entre los actores del estado, la comunidad y todos los demás actores, para ser concertado y que debe elegir delegados como veedores para realizar el seguimiento y verificar el cumplimiento de lo que se concertó en el Plan.

3.3. EFECTO SOBRE EL SISTEMA DE SALUD

A partir de 1995, se presentó un incremento acelerado en el aseguramiento, que luego se fue estabilizando. El paso de la cobertura individual a la familiar, se considera que tuvo impacto en este resultado pero aún existe población que no se encuentra afiliada al sistema y persisten las diferencias entre los dos regímenes, en cuando a las posibilidades de poder tener derecho a los mismos servicios, situación que se había planeado debía estar superada a comienzos del presente siglo.

Si bien hay sectores que sostienen que las inequidades se han reducido porque el aseguramiento se ha dado en todos los grupos sociales, también es cierto que otros sectores no aceptan esta afirmación. Es evidente por ejemplo que si bien se ha incrementado la afiliación esta ha sido mayor en las zonas urbanas que en las rurales, que los más favorecidos económicamente no solo tienen mayores niveles de aseguramiento sino de acceso a mayor número de servicios (régimen contributivo), y que hay regiones del país con mayor posibilidad de aseguramiento y acceso que otras como es el caso de Bogotá, que siempre ha tenido el mayor nivel de cobertura del sistema. Si bien estas diferencias persisten, también se afirma que las brechas se han reducido y que progresivamente se logra que los que han tenido tradicionalmente menor aseguramiento lo estén logrando, sin que aún se llegue al 100%.

Esta situación se ve reflejada por cierto de la misma forma en las condiciones mismas de salud y enfermedad de la población, en donde de igual forma los promedios nacionales muestran mejorías sustanciales, pero en la mirada interna de las regiones, departamentos y ciudades se encuentran diferencias marcadas que aún distan de ser del todo cerradas.

BIBLIOGRAFIA

- Agudelo, C. Equidad en salud en Colombia. Instituto de Salud Pública - Universidad Nacional de Colombia.
- Alvarado, E. el régimen Subsidiado de Salud. Fundación Crecer. Bogotá.
- ANDI. Balance 2008 y Perspectivas 2009. Informe diciembre 2008.
- Barón, G. Cuentas de Salud Colombia 1993 – 2003. El gasto general de salud y su financiamiento. Ministerio de la Protección Social – Programa Apoyo a la Reforma – Departamento Nacional de Planeación. Bogotá, Marzo 2007.
- Cendex-Pontificia Universidad Javeriana. Carga de la Enfermedad en Colombia 2005, Resultados Alcanzados. Documento Técnico ASS/1502-08 Bogotá, octubre de 2008.
- Congreso de la República, Ley 715 de 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.
- Congreso de la República, Ley 1122 de 2005.
- DANE. Boletín Censo General 2005, Necesidades Básicas Insatisfechas.
- DANE. Boletín Censo General 2005, Censo Ampliado.
- DANE. Boletín de Prensa. Trabajo Infantil 2007. Bogotá 5 de Diciembre de 2008.
- DANE. Evidencia reciente del comportamiento de la migración interna en Colombia a partir de la Encuesta Continua de Hogares, Bogotá 2003.
- DANE. Informe Especial Censo General 2005, Colombia Educación.
- De la Hoz, G. Forensis Homicidios. Instituto de Medicina Legal, Bogotá 2007.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). El Estado y su organización. Febrero de 2005. Microsoft Encarta 2009. 1993-2008 Microsoft Corporation.
- DNP. Indicadores de Coyuntura Económica, Bogotá Diciembre de 2008.
- Forero, LJ. Forensis Muertes y Lesiones por Accidentes de Tránsito. Instituto de Medicina Legal, Bogotá 2007.
- Forero, LJ. Forensis Muertes y Lesiones por Accidentes de Tránsito. Instituto de Medicina Legal, Bogotá 2008.
- Franco, S. Algunas Lecciones de la Reforma de Salud y Seguridad Social en Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud No 4 junio de 2003.
- Fundación Corona, DNP, PNUD. Avances y desafíos de la equidad en el Sistema de Salud Colombiano. Documento de trabajo.
- Informe Especial Funciones Esenciales de Salud Pública. www.saludcolombia.com.

López S. Páginas de Salud Pública. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Ministerio de la Protección Social (MPS), Boletín No 3 - Principales indicadores Laborales. Junio de 2008.

MPS. Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes 2007 – 2008.

MPS. Informe de actividades del MPS al Honorable Congreso de la República 2007 – 2008.

MPS. Informe de Actividades 2005 – 2006 – Informe Cuatrienio 2002 – 2006 al honorable Congreso de la República. Julio 2006

MPS. Informe de Actividades al Honorable Congreso 2008 – 2009. Julio de 2009.

MPS, Dirección General de Gestión de la Demanda. Informe al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - Estudio de suficiencia plan obligatorio de Salud - Unidad de Pago por Capitación 2006 y de los actuales mecanismos de ajuste del riesgo - Determinantes del gasto de la Unidad de Pago por Capitación. Bogotá, Enero de 2007.

MPS. Decreto 3039 de 2007.

MPS. Resolución 425 de 2008.

MPS, Universidad Javeriana y Cendex. Los Recursos Humanos en Salud en Colombia: Balance, Competencias y Prospectiva. Tercera edición, Bogotá Agosto de 2008

MPS y Organización Panamericana de la Salud, Situación de Salud en Colombia, Indicadores Básicos 2000 a 2007.

Ministerio del Interior y de Justicia. Participación y control social en el Sistema de la Protección Social Modulo 7, Bogotá 2006.

OMS-OPS y USAID. Función Rectora de la Autoridad Sanitaria. Edición Especial No 17.

Organización de Estados Iberoamericanos - OEI. Informe del Sistema Nacional de Cultura – Colombia. www.oei.es/cultura.

Rentaría, Carolina. Avances y retos de la política social en Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Bogotá Febrero de 2009.

Roa, A. Forensis Lesiones Personales. Instituto de Medicina Legal, Bogotá 2008.

Valenzuela, D. Forensis Suicidios. Instituto de Medicina Legal, Bogotá 2008.