

Temas críticos en la reforma de la Ley de seguridad social de Colombia en el capítulo de salud

Álvaro Cardona.¹
Luz Mery Mejía O.²
Emmanuel Nieto L.³
Román Restrepo V.⁴

Resumen

Se presentan algunos temas importantes para la salud pública que se considera deben ser tomados en cuenta en la discusión de una reforma de la Ley de seguridad social colombiana (Ley 100 de 1993). Se utilizan las estadísticas oficiales disponibles para ilustrar cada uno de los temas presentados y se hacen algunas consideraciones sobre el contexto social y económico del país. Se concluye que el Congreso de la República y el gobierno nacional deben escrutar cuidadosamente las anotaciones críticas de académicos e investigadores e introducir reformas a la ley que ayuden a resolver las graves condiciones sociales de millones de ciudadanos, sin obstinarse en la ideología del libre mercado.

Palabras clave

Salud pública, seguridad social, reforma Ley 100 de 1993

1 Médico, magister en salud pública, Ph.D, profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. E-mail: alvarocardona@guajiros.udea.edu.co

2 Administradora de empresas, magister en salud pública, profesora de cátedra de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

3 Economista, magister en epidemiología, profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

4 Odontólogo, magister en salud pública, profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

Recibido: 7 de febrero de 2005 Aceptado: 2 de junio de 2005

.....

Critical issues in the reform to the Law of social security in Colombia in its chapter related to health

Abstract

Some of the main issues concerning Public Health that should be analyzed on the purpose of carrying out a reform of the Colombian Social Security Law (Law 100/1993) are presented. Each one of those issues has been shaped with available official statistics and complemented with contextual comments about economical and social conditions of the country. It is concluded that the National Congress and the Central Government should pass reforms of the law in order to help solving poor social conditions of great number of citizens, avoiding the persisting in the ideological obstinacy on free-market.

.....

Key words

Public health, social security, Law 100 of 1993

Introducción

Muy pocos años después de que fuera aprobada por el Congreso de la República de Colombia la Ley 100 de 1993, que definió el ordenamiento del Sistema de Seguridad Social, se inició una intensa discusión académica acerca de su potencialidad para el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. La producción académica ha cubierto muy diversos aspectos del amplio espectro en que es posible hacer consideraciones sobre la salud pública.¹⁻⁶

Inicialmente, los dirigentes gubernamentales, los líderes parlamentarios y los académicos que habían asumido la responsabilidad conceptual de la reforma fueron muy poco receptivos a las críticas que se hacían al modelo y a su implantación práctica. La generalidad de sus consideraciones persistía en la aplicación inflexible del modelo y si acaso se admitía la necesidad de algún correctivo, no se iba más allá de ajustes en asuntos secundarios.⁷⁻¹⁰ Sin embargo, la multiplicidad de dificultades que se fue evidenciando en distintas áreas de la salud pública del país creó paulatinamente un consenso sobre la necesidad de introducir reformas al texto legal de 1993. En el año 2004 se radicaron en el Congreso de la República más de una decena de proyectos de reforma de los temas de seguridad social en salud. El mismo gobierno central presentó uno de su autoría con igual propósito, que fue posteriormente sustituido por una nueva versión que se radicó en el Senado de la República el 3 de agosto de 2004.¹¹

La inminencia de la reforma de la seguridad social en los temas de salud hace pertinente reemprender la discusión de los temas críticos de la salud pública que deben ser tomados en consideración. Como docentes de la Facultad Nacional de Salud Pública, hemos participado de manera activa durante la última década en la discusión académica de ese tema y lógicamente las consideraciones que haremos en este artículo tienen allí sus antecedentes.

En este escrito se presentan algunos de los temas más candentes que a nuestro juicio debe resolver una propuesta de reforma y sobre los cuales hay información disponible que permite relativa certeza

en nuestras consideraciones. Para la elaboración de este artículo se utilizan tablas y figuras estadísticas ilustrativas de los temas críticos analizados y se hacen algunas consideraciones que les sirven de contexto y dan indicación de la direccionalidad que a nuestro juicio debe emprender la reforma. Se utilizan fuentes de información oficiales. En algunos casos en que nos interesa mostrar series temporales, la información proviene de diferentes instituciones, haciéndose necesario su ensamblaje por parte de los autores.

Temas críticos de la salud en Colombia

El basamento económico de la reforma de 1993 y la evolución de sus indicadores

No sobra recordar que la ley de seguridad social de 1993 de Colombia se estructuró con base en los siguientes propósitos fundamentales:

- Destrabazón de las fuerzas del mercado
- Reducción de la participación del Estado en asignación de recursos sociales
- Competencia regulada en el aseguramiento y prestación de los servicios de salud
- Promoción de la participación de grupos financieros en el sector

El soporte conceptual de estos propósitos, que tiene sus orígenes en las teorías sobre desarrollo económico y regulaciones sanitarias formuladas por autores como Alain Enthoven, Kenneth Arrow, Robert Lucas y John Williamson, ha sido incorporado a trabajos relativos a la seguridad social en Colombia, especialmente por quienes han sido los más notables inspiradores y defensores del modelo ordenado por la Ley 100 de 1993.¹²⁻¹⁵

El diseño de la ley de seguridad social, en correspondencia con los propósitos que hemos indicado y con su soporte conceptual, se hizo con base en expectativas de crecimiento del producto interno bruto (PIB) y del empleo que permitirían una rápida ampliación de la cobertura del aseguramiento en salud. Se esperaba que el crecimiento del PIB mantuviera niveles similares al 5,36% anual promedio que se había observado en los 20 años ante-

riores a la reforma. Así, se supuso que en el año 2000 sería posible alcanzar la cobertura universal del aseguramiento en salud.

En consecuencia, puede decirse que de acuerdo con el ordenamiento legal vigente el aseguramiento en salud está íntimamente ligado al desempeño de la economía y del mercado de trabajo. Obviamente, si las expectativas en los indicadores económicos no se cumplían, surgirían dificultades en el logro de las metas de cobertura del aseguramiento.

En la figura 1 puede observarse el comportamiento del PIB en los últimos años. Allí puede notarse que durante el periodo de vigencia de la ley de seguridad social, las tasas de crecimiento de la economía han sido muy inferiores a lo esperado,

con una profunda caída en el año 1999. Solamente en el año 2003 comenzó a insinuarse alguna recuperación importante.

En la figura 2 se ilustra la tendencia de la tasa de desempleo en los años recientes. Allí se destaca igualmente que durante la vigencia del actual sistema de seguridad social el nivel de desempleo ha mantenido cifras muy elevadas, que apenas comenzaron a revertirse muy recientemente.

No obstante la importancia que tiene el registro de un menor índice de desempleo, existe una amplia polémica acerca del significado de que paralelamente se esté incrementado el porcentaje de la población trabajadora vinculada al mercado laboral informal (figura 3). Se sabe que por distintas

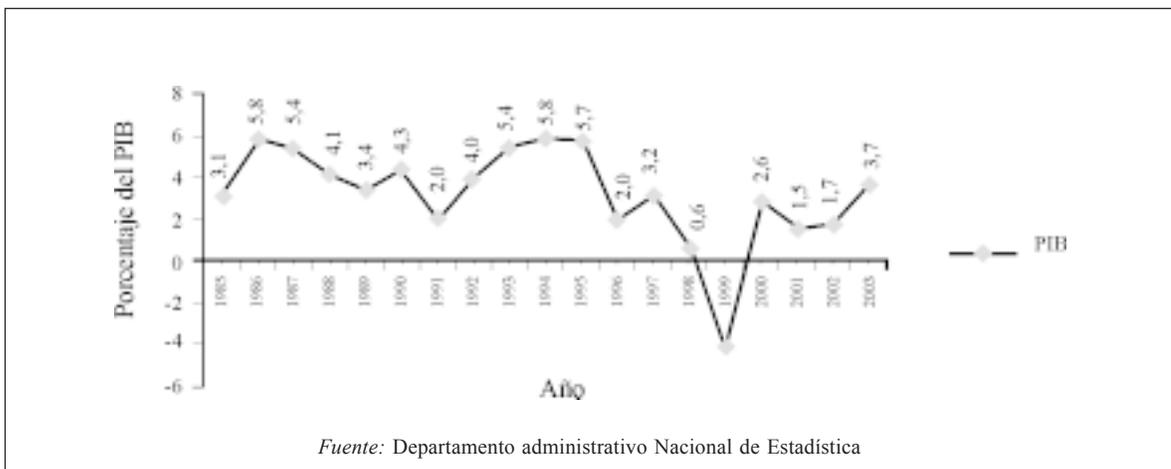


Figura 1. Comportamiento del PIB en Colombia para el periodo 1985-2003

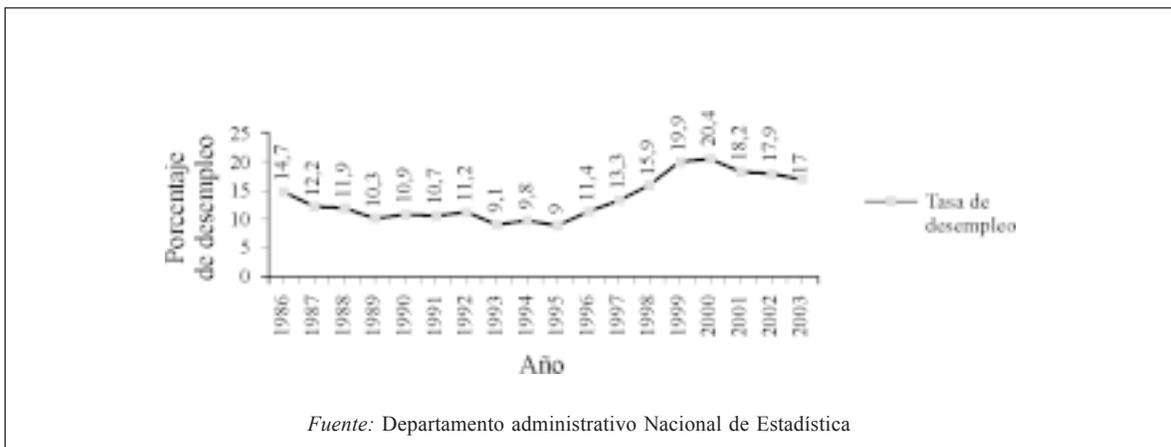


Figura 2. Tasa de desempleo en Colombia para el periodo 1986-2003

razones, una proporción muy importante de los trabajadores informales no disfrutaban de los beneficios del aseguramiento en salud.¹⁶

Sin duda los pobres resultados de la economía y del empleo tienen que ver con los modestos logros de cobertura del aseguramiento en salud que posteriormente tendremos ocasión de analizar. Estos hechos económicos deberán ser tenidos en consideración por la reforma en ciernes, para anticipar mecanismos que permitan ampliar el aseguramiento en un entorno económico menos satisfactorio que el deseado. Esta consideración es especialmente pertinente si se tiene en cuenta que la evolución de la distribución de la riqueza (expresada en el coeficiente Gini) y de la proporción de hogares pobres no es satisfactoria. Así lo denotan las cifras que conforman las figuras 4 y 5.

Puestas en común estas cifras, parece evidente que, en tanto se mantenga el actual esquema de aseguramiento, es necesario que el país disponga de recursos de subsidio mayores que los que hoy concurren al sistema general de seguridad social en salud, a fin de garantizar un mayor ritmo de crecimiento del aseguramiento. La política que al respecto se decida tendrá que pasar por el discernimiento de cuáles son las prioridades que cada quien les asigna a los distintos sectores que participan del presupuesto general de la nación. Nosotros sostenemos que la inversión en salud debe estar entre las primeras preocupaciones del Estado, que de acuerdo con el artículo 49 de la Constitución política, debe garantizar a todas las personas “el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”.¹⁷

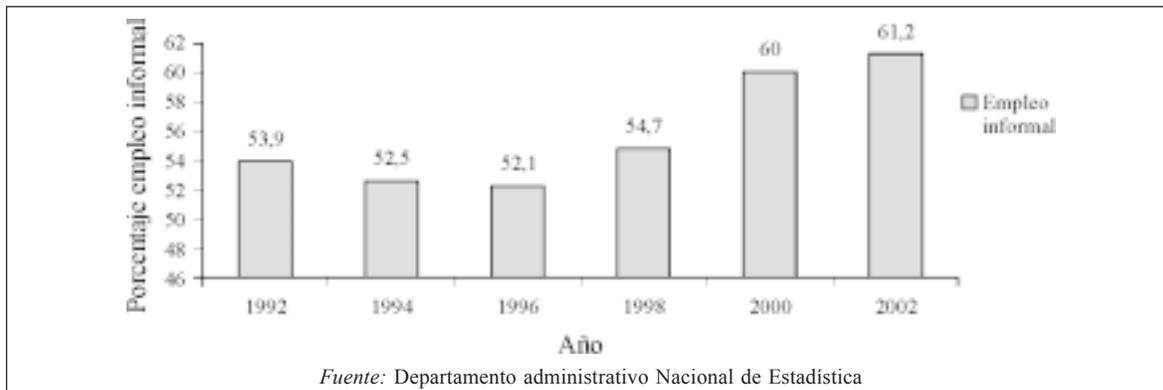


Figura 3. Empleo informal en siete áreas metropolitanas de Colombia para junio de cada año 1992-2002

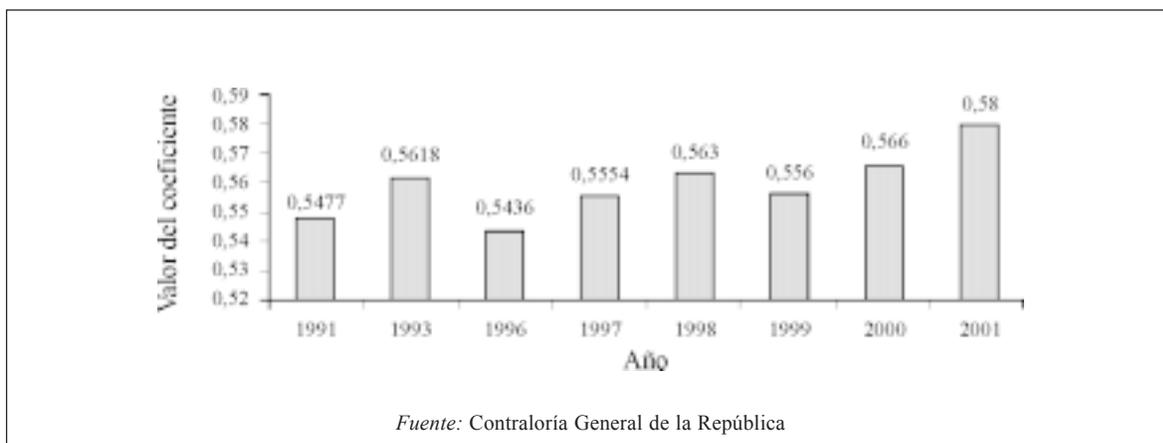


Figura 4. Coeficiente GINI Colombia 1991-2001



Figura 5. Porcentaje de hogares colombianos bajo la línea de la pobreza 1991-2003

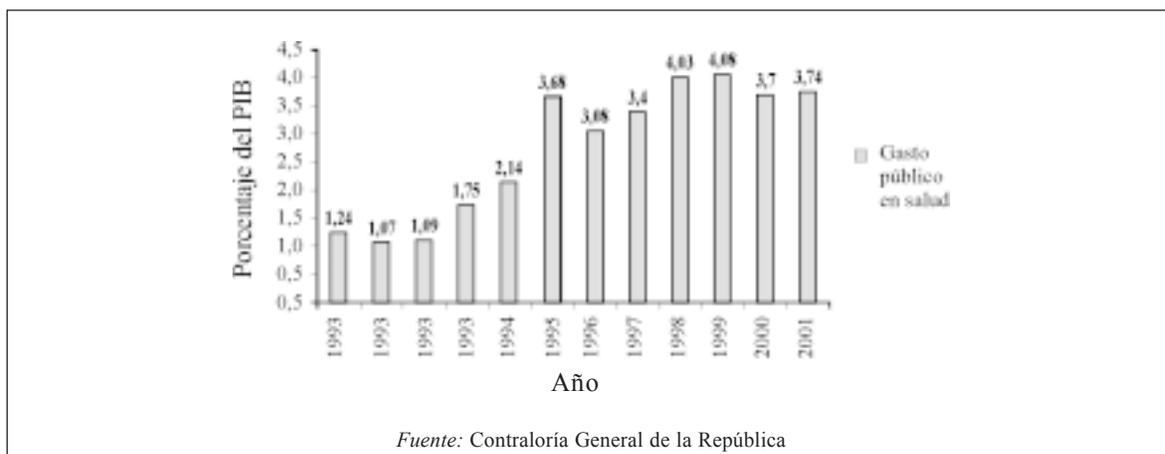


Figura 6. Gasto público en salud, Colombia 1990-2001

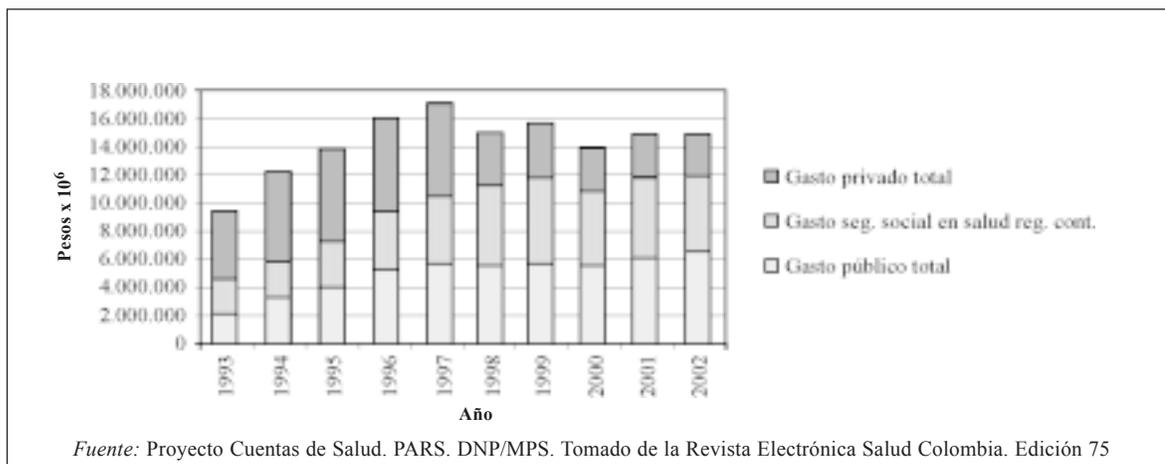


Figura 7. Colombia: gasto en salud, 1993-2002: principales componentes en millones de pesos constantes del 2000

Algunos datos pueden ayudar a centrar la discusión sobre la inversión pública en salud. Se sabe que desde el año 1993 hubo un importante crecimiento del gasto público en salud como proporción del PIB, que pasó de 1,75% en ese año a 3,74% en el año 2001, habiendo registrado el pico más alto en 1999, con una participación de 4,8% (figura 6). Pero por otro lado, se sabe que el gasto público viene representando en los últimos años aproximadamente 43% del gasto total en salud del país (figura 7) y que el gasto per cápita total anual en salud en términos de pesos constantes o en términos de dólares norteamericanos es muy reducido y con tendencia descendente desde el año 1997. De hecho, para el año 2002 el gasto per cápita solo alcanzaba a un poco menos de 150 dólares, o cerca de 350.000 pesos constantes colombianos del 2000 (figura 8). Si se conjugan estas cifras, se deduce que el gasto público per cápita en salud para el año 2002 fue de solo unos 150.000 pesos constantes del 2000.

El estancamiento de la cobertura del aseguramiento en salud

Mencionamos atrás que los pobres resultados económicos y de generación de empleo han condicionado el avance de la cobertura del aseguramiento en salud. En efecto, en los últimos años los niveles de cobertura logrados a través del régimen contributivo y del régimen subsidiado apenas si lo-

gran mantener el ritmo de crecimiento poblacional (tabla 1 y figura 9). La cobertura total hasta el año 2004 fue de 59,1% de la población, cifra muy distante de la cobertura universal que se pensaba se lograría en el año 2000.

Cuando se repara en las cifras, se observa que el porcentaje de cobertura total ha crecido muy lentamente desde el año 2001, lo que implica que el aumento del número de colombianos asegurados solo ha logrado mantener un ritmo semejante al del crecimiento poblacional. Pero una mirada más detallada permite constatar que ese porcentaje de cobertura total se ha podido mantener por la expansión del número de afiliados en el régimen subsidiado, puesto que la cobertura del régimen contributivo sigue siendo la misma del año 1998 (figura 10). En efecto, en este año 1998 el número de afiliados compensados al régimen contributivo representaba 30,5% de la población, que es el mismo porcentaje observado para el año 2004.

En contraste con lo anterior, la cobertura del régimen subsidiado ha venido creciendo a un ritmo mayor que el del crecimiento poblacional, permitiendo compensar el pobre desempeño del régimen contributivo (figura 11). En el año 1998 el número de afiliados a ese régimen era de 8.505.241 y en el año 2004 fue de 12.954.900. Esto significa haber pasado de cubrir 20,8% del total de la población a 28,6% en esos años, respectivamente.

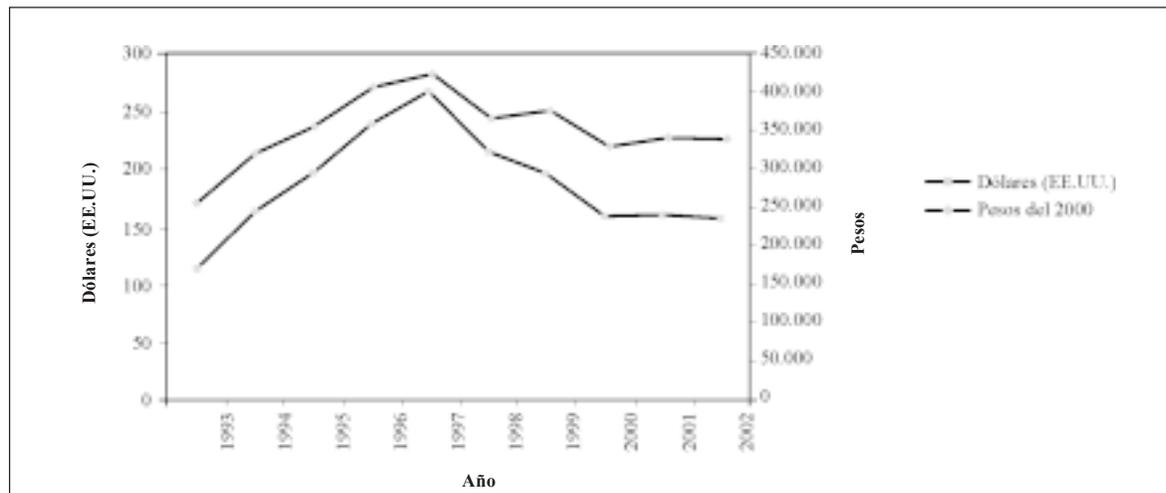


Figura 8. Colombia: gasto per cápita en salud en pesos constantes del 2000 y en dólares de EE.UU.

Tabla 1. Comparación entre población colombiana y número de afiliados compensados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, 1995-2004

	1995		1996*		1997*		1998		1999	
	No.	%								
Población colombiana	38.541.631	100	39.355.105	100	40.177.376	100	40.826.815	100	41.589.018	100
Afiliados régimen contributivo	10.831.393	28,1	14.319.501	36,4	14.558.564	36,2	12.429.874	30,5	12.562.848	30,2
Afiliados régimen subsidiado	4.680.606	12,1	5.981.774	15,2	7.026.691	17,5	8.505.241	20,8	9.235.832	22,2
Total afiliados SGSSS	15.511.999	40,2	20.301.275	51,6	21.585.255	53,7	20.935.115	51,3	21.798.680	52,4

	2000		2001		2002		2003		2004	
	No.	%								
Población colombiana	42.321.386	100	43.070.703	100	43.834.115	100	44.583.577	100	45.294.953	100
Afiliados régimen contributivo	13.031.678	30,8	13.247.868	30,7	13.113.033	29,9	13.165.463	29,5	13.805.201	30,5
Afiliados régimen subsidiado	9.510.566	22,4	11.062.708	25,7	11.444.003	26,1	11.867.947	26,6	12.954.900	28,6
Total afiliados SGSSS	22.542.244	52,7	24.310.576	56,4	24.557.036	56,0	25.033.410	56,1	26.760.101	59,1

Fuente: Archivo personal de Álvaro Cardona, elaborado a partir de seguimiento a información del Ministerio de la Protección y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

* Los datos de población de 1996 y 1997 se obtuvieron con base en la tasa de proyección del Dane de 2,1%.

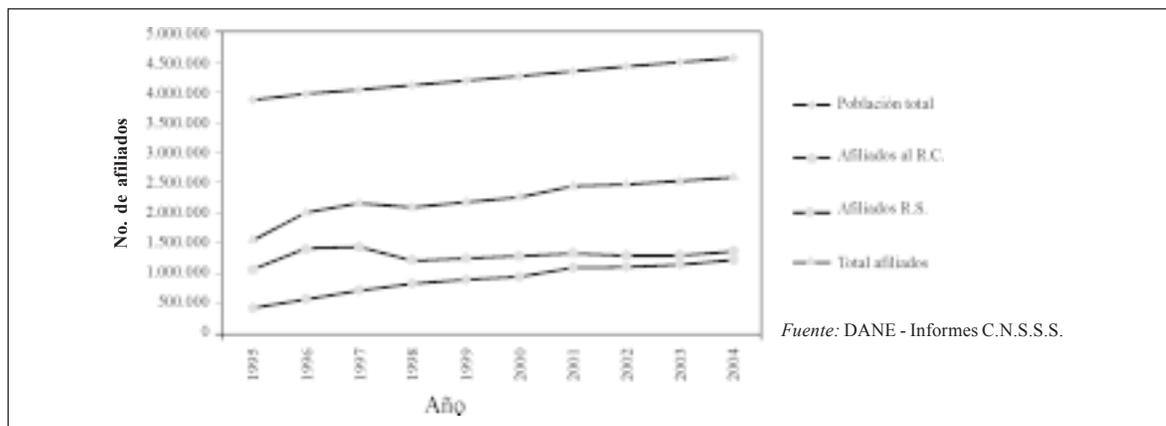


Figura 9. Comparación entre población colombiana y número de afiliados al SGSSS, 1995-2003

De alguna manera, estas cifras muestran que el país ha tenido que recurrir a un esfuerzo notable en la asignación de subsidios para evitar que disminuya la cobertura del aseguramiento en salud ante el escaso dinamismo del régimen contributivo, como consecuencia de los pobres resultados de la economía y de la generación de empleo formal. Esta aseveración queda más claramente demostrada cuando se analiza el comportamiento del gasto en salud según los regímenes que conforman el esquema general de aseguramiento (figuras 12 y 13). Allí puede verse que la participación del régimen contributivo en el total del gasto ha tendido a disminuir en

los últimos años, mientras que la participación del gasto aplicado a subsidios de oferta y demanda ha venido incrementándose.

Así, el comportamiento que ha tenido el aseguramiento en salud en los años recientes agrega un fundamento fáctico a nuestro concepto de que una reforma de la ley de seguridad social en salud debe establecer los mecanismos para el crecimiento de recursos financieros destinados a hacer crecer el aseguramiento subsidiado, en tanto la economía y el empleo no propicien un mayor ritmo del aseguramiento a través del régimen contributivo.¹⁸

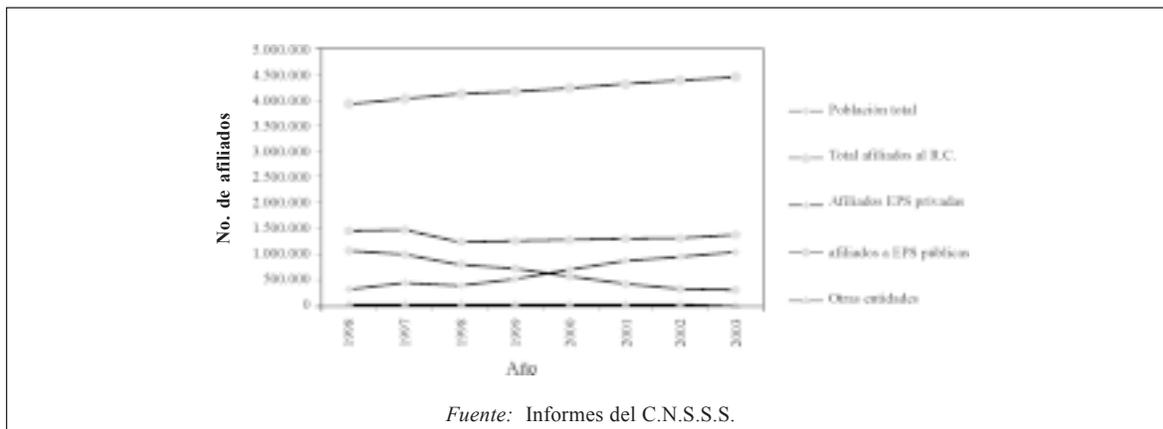


Figura 10. Población colombiana y afiliados al régimen contributivo según tipo de entidades aseguradoras, 1996-2003

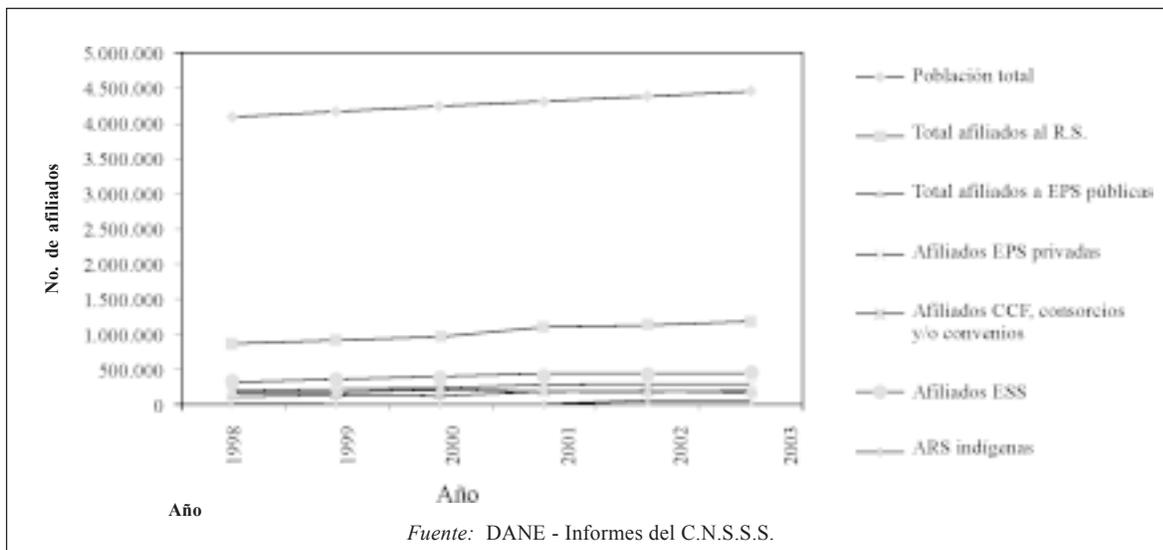


Figura 11. Población colombiana y afiliados al régimen subsidiado según tipo de entidades administradoras, 1998 - 2003

El languidecimiento de los programas de control epidemiológico y los preocupantes índices de enfermedades prevenibles

Entre los académicos del país está muy extendida la opinión de que con la entrada en vigencia del marco normativo de la Ley 100 de 1993 han venido debilitándose estructuras y procesos que hacen parte fundamental de cualquier política de salud pública moderna. Aun cuando es necesario realizar estudios más detallados y análisis más rigurosos sobre esa realidad, puede adelantarse con cierto fundamento que algunas de las manifestaciones más importantes de ese debilitamiento son las siguientes:

- Deterioro de las políticas comprensivas de salud pública
- Debilitamiento de las estructuras y los procesos

de planeación en salud pública

- Deterioro de programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades
- Encogimiento de la masa crítica de profesionales de la salud pública

El deterioro de las políticas comprensivas de salud pública y el debilitamiento de las estructuras y procesos de planeación en salud por parte del Estado se expresan en la poca atención que se pone a la definición de metas de largo plazo en los indicadores de salud y al diseño de estrategias coherentes que permitan su logro. Una manifestación crítica de esto es el debilitamiento del sistema de información en salud, que hace que hoy sea prácticamente imposible tener conocimiento adecuado de las condiciones de salud y de los perfiles de

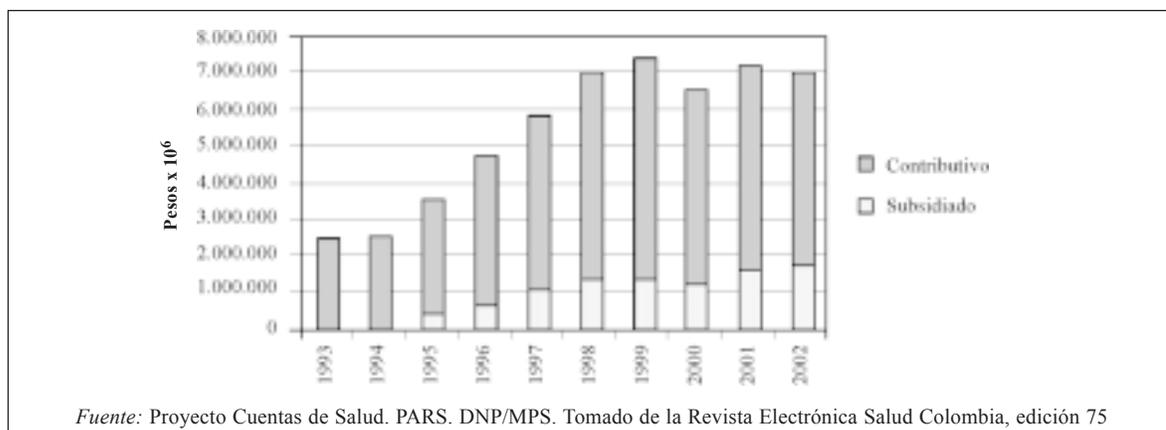


Figura 12. Colombia: gasto en salud por regímenes de seguridad social: millones de pesos constantes del 2000

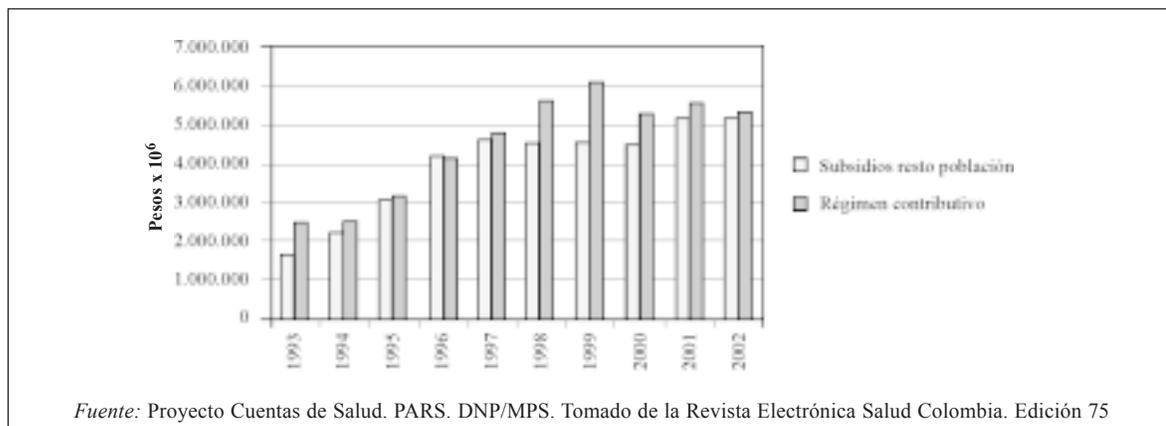


Figura 13. Comparación del gasto en salud del régimen contributivo con el total de subsidios de oferta y demanda para el resto de la población (millones de pesos constantes de 2000)

morbimortalidad de la población colombiana. Las políticas de salud se han concentrado en la búsqueda de respuesta a las demandas asistenciales, dejándose de lado otros componentes esenciales que deben concurrir en la búsqueda de metas de largo plazo para las condiciones colectivas de salud.

Interrelacionado con lo anterior, solo existen jirones de programas que únicamente si se acepta un concepto muy restringido pueden catalogarse como de promoción de la salud y de prevención de enfermedades de alto impacto epidemiológico. Esta circunstancia hace que el país pueda estar en riesgo de reemergencia de enfermedades que durante décadas han estado controladas o de que se aumenten las cifras de enfermedades que han mantenido una alta prevalencia. Algunas estadísticas disponibles,

por cierto escasas en virtud del deterioro del sistema de información en salud que hemos anotado, permiten por lo menos advertir sobre el riesgo existente.

La incidencia de casos de tuberculosis viene ascendiendo desde 1997,¹⁹ asociándosele a una mayor búsqueda de sintomáticos respiratorios. Hay fundados temores de que con el crecimiento de la prevalencia de infección por VIH se esté favoreciendo el aumento de casos de tuberculosis, a la vez que el fenómeno pudiera estar oculto por la disminución en la búsqueda de casos que hubo por varios años. Así, por ejemplo, un estudio mostró que en la ciudad de Pereira en el año 1997 se realizaron 10.203 baciloscopias, mientras que en el año 2001 solo se hicieron 7.193.²⁰

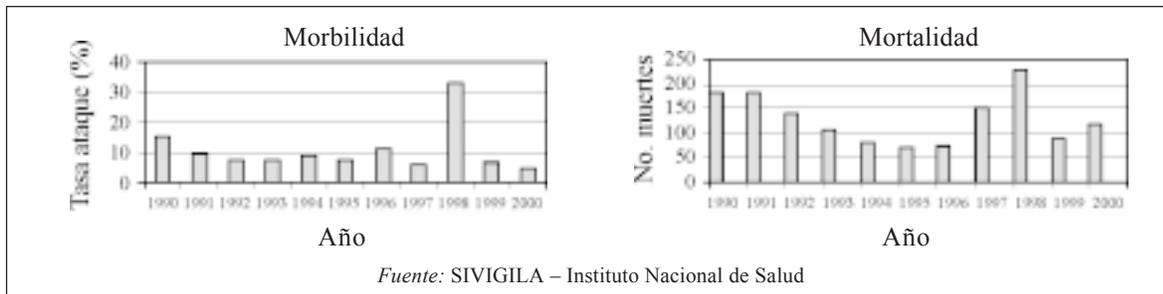


Figura 14. Morbilidad y mortalidad hospitalaria por malaria en Colombia, 1990-2000

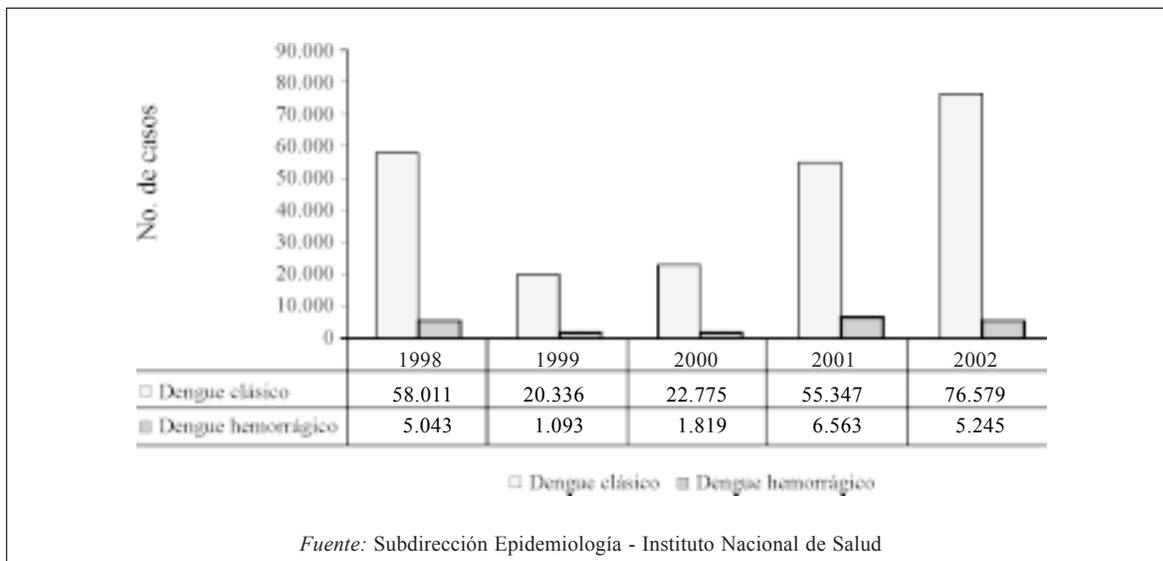


Figura 15. Casos de dengue clásico y hemorrágico, Colombia, 1998-2002

Las estadísticas de morbilidad hospitalaria por malaria entre los años 1990 y 2000 (figura 14) señalan altas cifras de mortalidad a partir del año 1997, haciendo presumir que el número absoluto de casos de malaria en el país se incrementó en esos años. La evolución epidemiológica del dengue clásico y hemorrágico (figura 15) muestra un constante aumento de casos entre 1999 y 2002. El brote de fiebre amarilla del año 2003 fue una más de las alarmas que se encendieron para llamar la atención sobre los grandes temas de salud pública del país. Las figuras 16 y 17 ilustran la evolución histórica del número de casos de esta enfermedad, pudiéndose observar la tendencia ascendente de la última década.

Sin embargo, las cifras más recientes²¹ muestran una disminución del número de casos de malaria de 12% en el año 2003 respecto del 2002 y una disminución de 29% de los casos de dengue en los

mismos años. Contrariamente, indican también que el número de casos de leishmaniasis aumentó en 60,5%.

Además de que existen dudas acerca de que estas cifras revelen la realidad epidemiológica del país, es innegable la fragilidad del país frente a las enfermedades transmitidas por vectores y la necesidad de que se establezcan programas más audaces y persistentes para su control, que difícilmente pueden emprenderse si no se modifican significativamente los marcos normativos establecidos por la Ley 100 de 1993.

Las coberturas de vacunación contra enfermedades inmunoprevenibles de la infancia, otrora una de las mayores fortalezas del sistema de salud colombiano, han tenido un comportamiento incierto en los últimos años (tabla 2). En un informe conjunto del Ministerio de Salud de Colombia y la Organización Panamericana de la Salud sobre la situa-

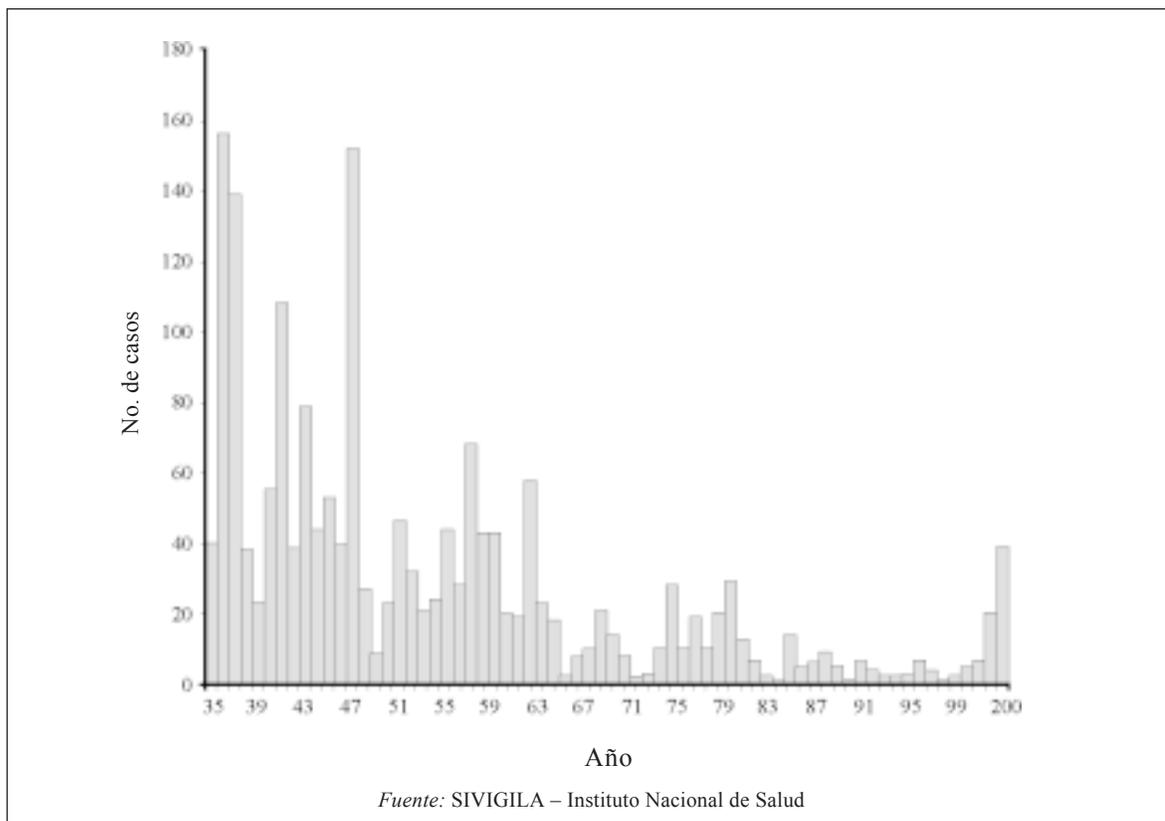


Figura 16. Casos de fiebre amarilla, Colombia, 1934-2003

ción de coberturas de vacunación, publicado en 1999, se reconoció una caída de coberturas a partir de 1997.²² Otro estudio publicado en el año 2000 por un ex representante de la OPS en Colombia en compañía de otros investigadores reafirmó esa disminución de la cobertura nacional de vacunación a partir del año 1997.²³ Asimismo, en una investigación de casos realizado en los años 1999-2000 en dos municipios del departamento de Antioquia y uno del departamento de Vichada se encontró disminución de la cobertura de vacunación después del año 1995.²⁴

Quizás este tipo de alertas indujeron una mayor atención de las autoridades sanitarias en los dos últimos años, con lo que se logró la recuperación de las coberturas de vacunación a niveles adecuados. Pero es indudable que el manejo de programas de esta área no ha venido contando con la dedicación y estructuración necesarias para que se correspondan con su importancia y para que garanticen la continuidad sin sobresaltos de las coberturas de vacunación contra las principales enfermedades inmunoprevenibles. Una reforma del sistema de seguridad social en salud debe sopesar

Tabla 2. Coberturas de vacunación (%) en menores de un año, Colombia, 1994-2003

Vacuna	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Antipolio	92,0	94,5	93,3	84,8	74,6	77,4	81,9	80,5	82,9	92,2
DPT	88,2	93,5	92,3	83,9	72,5	74,0	77,8	77,6	80,5	91,8
BCG	96,0	103,8	103,7	97,9	84,7	79,8	90,1	84,8	87,2	96,6
Antihepatitis B	NA	71,3	94,6	84,8	74,7	77,3	77,5	78,1	78,3	91,7
AntihemofilusH1b	NA	NA	NA	NA	NA	50,3	64,6	53,6	68,9	92,7
Triple viral	NA	64,0	93,5	88,0	78,0	76,8	78,6	85,5	93,3	92,7

Fuente: SIVIGILA–Instituto Nacional de Salud

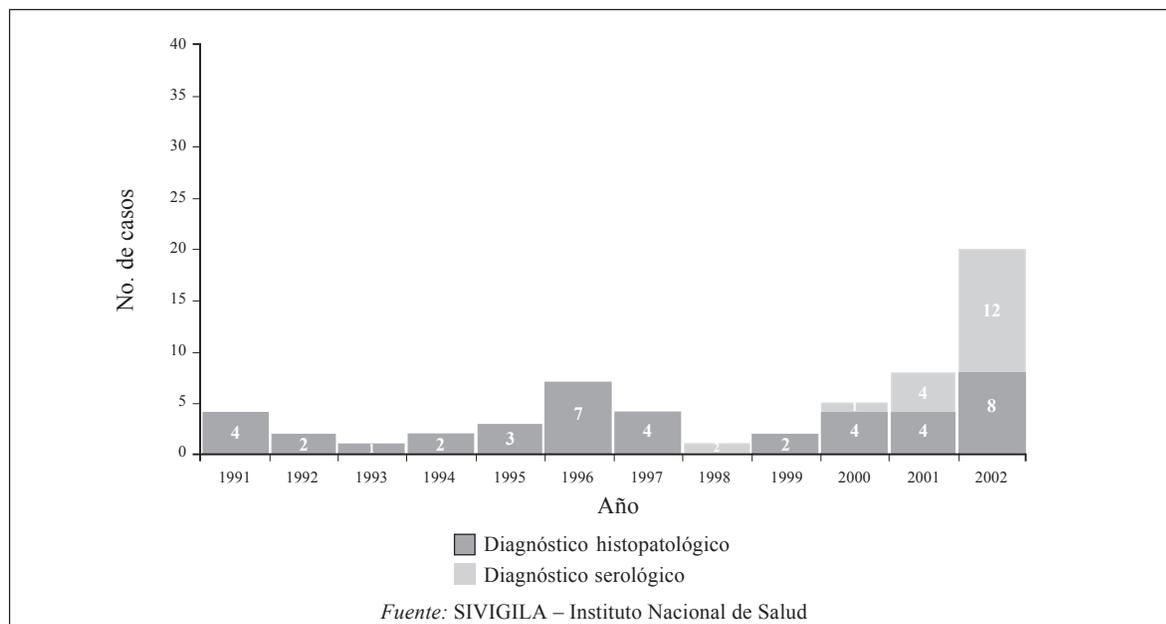


Figura 17. Casos de fiebre amarilla, Colombia, 1991-2002

con sumo cuidado los problemas que hemos esbozado.

La disminución de la masa crítica de profesionales dedicados a la salud pública es una cuestión que está ligada a los problemas que hemos señalado atrás. En la medida en que en el país no existe una estructura organizativa responsabilizada del diseño, desarrollo y evaluación de planes de salud de largo plazo y dado que el gran énfasis del sistema de salud se ha dirigido al aseguramiento y a la atención de las demandas asistenciales, el espacio de actuación de planificadores y analistas de políticas de salud pública que ejerzan una permanente labor crítica y prospectiva es cada vez menor. Correlativamente, las universidades han orientado sus esfuerzos especialmente a la formación de administradores y gerentes,²⁵ dejando muy poco espacio a la formación de profesionales y posgraduados que asuman de manera integral la generalidad de los temas relacionados con el desarrollo de la salud pública, entendida como un intrincado relacionamiento de variables sociales, económicas, políticas y antropológicas. La mayoría de las universidades han entrado de esa manera en una lógica del mercado en sus procesos formativos, en

correspondencia con la lógica que prima en el modelo de seguridad social.

Obviamente, será necesario acumular mayor y mejor información sobre los temas que hemos tratado en este apartado para poder ser concluyentes. Sin embargo, la información que hemos mostrado advierte sobre dificultades que deben atenderse prontamente y que la reforma en discusión debe asumir.

El debilitamiento de la red pública institucional de prestación de servicios de salud

Ha sido tan evidente el deterioro de la red pública de instituciones prestadoras de servicios de salud que muchos sectores de la sociedad, incluyendo el parlamento, han dejado sentir su preocupación. Los temores surgen de avizorar que puede llegarse a una situación en que ante la desaparición de las entidades públicas queden grandes núcleos de población y áreas geográficas del país sin oferta de red de prestación de servicios. Esto podría suceder puesto que las instituciones privadas no estarían dispuestas a ofrecer servicios donde las potencialidades económicas no hagan rentable su negocio. Se ha aceptado entonces, incluso por muchos defensores de la filosofía privatizante de

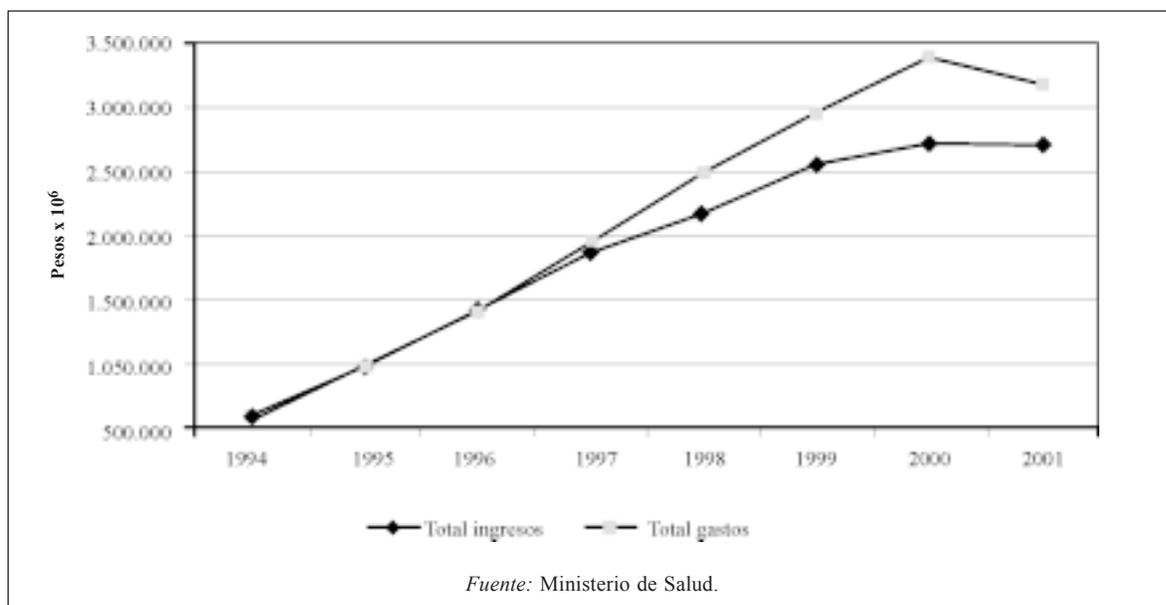


Figura 18. Evolución de ingresos y gastos totales hospitalares públicos, en millones de pesos, 1994-2001

los servicios de salud, que el gobierno nacional debe garantizar el mantenimiento de una red institucional pública financiada con recursos de subsidio a la oferta.

La crisis financiera de los hospitales públicos ha querido ser explicada por el gobierno como resultado de la ineficiencia de su gestión, sin tener en consideración otros factores como la demanda de población pobre que deben atender y por cuyos servicios no reciben pago en unos casos y, en otros, lo reciben por debajo de los costos reales del servicio. En consecuencia, la solución por la que se ha optado es por la reestructuración institucional, que sin embargo tampoco ha mostrado resultados muy satisfactorios. De hecho, algunos de estos hospitales han vuelto a entrar en situaciones financieras críticas.

Llama la atención que el desequilibrio entre ingresos y gastos comenzó a presentarse solamente a partir del año 1997, lo que debe convocar la atención para encontrar explicaciones más integrales (figura 18).

La figura 19 muestra la evolución financiera que han tenido los hospitales reestructurados. Ese comportamiento parece demostrar la insuficiencia de las medidas de reestructuración de los hospitales para

resolver su crisis financiera. A pesar de que inicialmente logró ponerse la cantidad de los ingresos por encima de la cantidad de los gastos, en el año 2002 los gastos comenzaban nuevamente a superar los ingresos.

La reforma del sistema de seguridad social en salud que se ha comenzado a discutir debe prever mecanismos para la asignación de recursos de oferta que permitan el funcionamiento óptimo de la red pública de hospitales. El Congreso de la República deberá entender la complejidad de las razones que explican las difíciles condiciones financieras de los hospitales públicos y sin renunciar a hacer esfuerzos por una mayor eficiencia defender su sostenibilidad como el fundamento para la atención de salud de la población más pobre.

Conclusión

Aun cuando los lineamientos ideológicos del actual gobierno colombiano no permiten vislumbrar modificaciones de fondo al Sistema General de Seguridad Social en Salud, hay un fuerte consenso acerca de la necesidad de introducir modificaciones que ayuden a resolver los más importantes problemas de salud pública que aún persisten en el país.

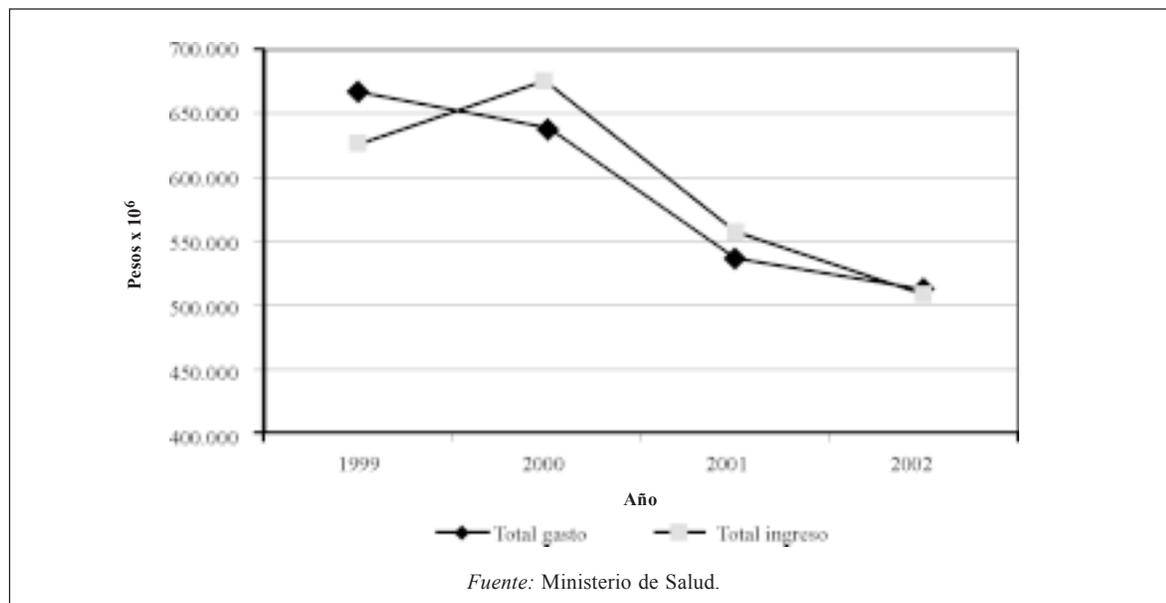


Figura 19. Evolución de ingresos y gastos 26 hospitales reestructurados, en millones de pesos de 2002, 1999-2001

El Congreso de la República y el gobierno nacional deben someter a un juicioso escrutinio las consideraciones que vienen haciendo numerosos investigadores y académicos, que muestran las notables inconsistencias del ordenamiento legal vigente con las condiciones sociales y económicas del país.

No luce admisible que una política pública tan importante como la de la seguridad social en salud siga siendo adoptada obstinándose en consideraciones ideológicas sobre la economía de mercado y que se desconozca la realidad social, que muestra tozudamente que millones de seres humanos que se debaten en la miseria requieren con inmediatez el compromiso y la solidaridad del Estado y del conjunto de la sociedad.

Referencias

1. Cardona A. La reforma de la seguridad social en salud: ¿problemas de coyuntura o de diseño? *Cartilla Segur Soc* 1996;1:21-40.
2. Cardona A, Nieto E, Arbeláez MP *et al.* Impacto de la reforma de la seguridad social sobre la organización institucional y la prestación de los servicios de salud en Colombia. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia; 1999.
3. Academia Nacional de Medicina. Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud. Bogotá: La Academia; 1999. (mimeografiado).
4. Martínez F, Robayo G, Valencia O. ¿Por qué no se logra la cobertura universal de la seguridad social en salud?. Bogotá: Fedesalud; 2002.
5. Franco S. (ed.). La salud pública hoy. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003.
6. Franco S. Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma de salud y seguridad social en Colombia. *Rev Geren Polít Salud* 2003; 2(4):58-69.
7. Guerra OE. Evaluación de la reforma a la seguridad social. *Debates Coyunt Soc* 1998; (11):31-51.
8. Giedion U, Acosta O. Cómo reorientar el sector salud: retos y desafíos para los próximos cuatro años. *Debates Coyunt Soc* 1998;(11):8-23.
9. Londoño de la Cuesta JL. Salud hacia el 2001. *Debates Coyunt Soc* 2001; (14):34-38.
10. Castaño RA *et al.* Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. Santiago de Chile: CEPAL; 2001. (Serie Financiamiento del Desarrollo, No. 108).
11. Colombia. Senado de la República. Proyecto de Ley 052 de 2004, por la cual se modifica el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 48, 49, 356 y 357 de la Constitución Política. Bogotá: El Senado; 2004.
12. Frenk J, Londoño de la Cuesta JL. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. En: Frenk J. (editor). *Observatorio de la salud. Necesidades, servicios y políticas.* México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud; 1997. p. 307-346.
13. Colombia. Departamento Nacional de Planeación. La revolución pacífica: Plan de Desarrollo Económico y Social 1990-1994. Bogotá: DNP; 1991. p. 17-43.
14. Colombia. Ministerio de Salud. La reforma a la seguridad social en salud. Tomo I. Bogotá: El Ministerio; 1994.
15. Restrepo M. La reforma a la seguridad social en salud en Colombia y la teoría de la competencia regulada. En: CEPAL-F.C.E. *Ensayos sobre financiamiento de la seguridad social en salud.* Vol. II. Santiago de Chile; 2000. p. 659-726.
16. Rodríguez O. Reforma laboral y seguridad social en Colombia. Bogotá: Universidad Nacional; 1999. (mimeografiado)
17. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política 1991. Bogotá: La Asamblea; 1991.
18. González J I. Salud y seguridad social: entre la solidaridad y la equidad. *Rev Geren Polít Salud* 2002;1(2):18-24.
19. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Situación epidemiológica de la tuberculosis en Colombia. *Bol Epidemiol Sem* 2003 marzo; 11:2-5.

20. Escobar JI, Mejía W, González JC. Búsqueda activa de sintomáticos respiratorios para tuberculosis en poblaciones de alto riesgo. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2003;21 (2):9-20.

21. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Situación epidemiológica de las enfermedades transmitidas por vectores 2003-2004. *Bol Epidemiol Sem* 2004 febrero;8:1-12.

22. Colombia. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Informe de Colombia sobre la situación de coberturas de vacunación 1999. *Inf Quinc Epidemiol Nac* 1999;4(19):289-291.

23. Málaga H, Latorre M C, Cárdenas J, Et al. Equidad y reforma en salud en Colombia. *Rev Salud Pública* 2000;2(3):193-219.

24. Ayala C, Kroeger A. La reforma del sector salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización. *Cad Saude Publica* 2002;18:1.771-1.781.

25. Colombia. Ministerio de Salud. Estudio de recursos humanos de salud en Colombia. Medellín: El Ministerio, Universidad de Antioquia; 2000.

