



servatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD~GES

Monitoreo de la seguridad social en salud en Antioquia

El monitoreo de las políticas y los sistemas de salud ha merecido una importancia creciente entre académicos, gobiernos y agencias internacionales que apoyan dichas políticas. Se trata de dar cuenta, en forma periódica, de la evolución de un conjunto de variables o indicadores que muestran el desempeño del sistema de salud en cuanto al alcance de sus propias metas, su impacto sobre la población o los efectos o medidas en términos de eficiencia, eficacia y equidad, entre otros criterios.

Consultando las tendencias internacionales sobre el particular y motivados por los llamados que surgen de propuestas como la de la Organización Panamericana de la Salud, acerca de la medición de las Funciones Esenciales de la Salud Pública, el GES ha desarrollado y

aplicado una metodología para captar los principales cambios que sobre el nivel local trajo consigo la reforma al sistema de salud, y analizar la evolución de éste en cuanto a sus principales propósitos y las diferencias que pueden presentarse entre municipios, regiones y grupos de población.

En esta Observación, cuya publicación fue posible gracias al patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud, se presentan los avances de una nueva etapa del *Monitoreo de la seguridad social en salud en Antioquia*. Además de ofrecer el esquema para la discusión y orientar la formulación, seguimiento y evaluación de la política en el ámbito departamental, se presentan datos y resultados recientes en los temas que han recibido la mayor atención del estudio.



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS CIE**

1. Antecedentes

Como parte del interés por estudiar los resultados de la reforma colombiana, el GES ha buscado consolidar el monitoreo local del sistema de seguridad social en salud. Inicialmente, debido a la poca información disponible para analizar el sistema en su conjunto, se abordaron estudios de caso en cinco municipios de Antioquia en los que se aplicó una metodología basada en indicadores para establecer los principales cambios ocurridos con la reforma, además de determinar el alcance de los propósitos de la misma en 1998: universalidad, solidaridad y eficiencia (Restrepo, 1998).

A partir de estos estudios de caso, se aportaron elementos de la metodología para estudiar en el país los avances del régimen subsidiado, realizando estudios de caso en ocho municipios de Antioquia y Atlántico (Plaza y Barona, 1998). Además, al contar con más información, en 2000 se adelantó un ejercicio de monitoreo que cubría a los municipios de Antioquia con menos de 50.000 habitantes, en los cuales se extendió la metodología anterior para estudiar los cambios ocurridos principalmente en aspectos como cobertura, recursos públicos, hospitales y competencia en el sistema (Restrepo y cols., 2001)

Hechos estilizados de la reforma en Antioquia

Los estudios adelantados hasta 2000 permiten plantear un balance de la reforma en términos de algunos temas de consenso y otros que son objeto de discusión o merecen mayor estudio. En cuanto a los primeros, el monitoreo de la reforma en Antioquia entre 1993 y 1999 destaca, en primer lugar, un incremento importante de los recursos públicos para financiar la atención de la salud, aunque a partir de 1997 se presentó un estancamiento. A pesar de este incremento, se destaca que si bien los nuevos recursos facilitaron un mejoramiento en la oferta de prestación de servicios, con una mayor disponibilidad de los mismos, al mismo tiempo se establecieron nuevas cargas sobre municipios y hospitales que junto con la intermediación en el régimen subsidiado habrían absorbido una porción importante de tales recursos. Se formuló así una hipótesis de incremento en los costos de transacción.

En segundo lugar, en cuanto a cobertura del seguro de salud, se pasó de cerca del 23% en 1993 a 60% en 2000. Este resultado se obtuvo gracias a la cobertura familiar en el régimen contributivo y la creación del régimen subsidiado. De forma similar a lo sucedido con los recursos públicos, a partir de 1997 la cobertura se estancó, lo cual se explica por la crisis económica y por las debilidades del sistema para capturar especialmente a la población informal. En el análisis de la cobertura, sin embargo, poco se ha conocido sobre los resultados en términos de acceso.

En tercer lugar, en cuanto a los hospitales públicos, se destacan cambios como los presentados en los gastos de inversión y el número de plazas nuevas, los cuales mostraron una ampliación de la planta física y humana para la prestación de servicios, situaciones que apuntan a mejorar la atención básica y a garantizar un servicio integral. Lo anterior está acorde con una mayor producción de los servicios en los hospitales, aunque con un crecimiento inferior al de los recursos.

Durante el período analizado, los hospitales presentaron un comportamiento modesto en los ingresos, con tendencia al estancamiento; igualmente, se dieron cambios en la composición de las fuentes financieras, predominando los ingresos por ventas de servicios y otros servicios de explotación. De otro lado, las obligaciones financieras de los hospitales no podían sostenerse, particularmente por el estancamiento de los ingresos y la reasignación del situado fiscal. Adicionalmente, se avizoraba la permanencia del déficit de funcionamiento, el cual se cubría con transferencias.

Y en cuarto lugar, en términos de la oferta de aseguramiento, se presentó una marcada concentración, con presencia de monopolios y empresas dominantes en la mayoría de municipios del departamento. La afiliación al régimen contributivo se encontraba concentrada en cinco Empresas Promotoras de Salud con el 80,4% de la población afiliada. En los municipios, si bien el 83,1% tenían más de dos EPS, en el 86% de ellos había una EPS dominante que reunía, en promedio, el 78% de la población afiliada. En el régimen subsidiado, por su parte, en el 21,8% de los municipios existía una sola administradora y en el 56,5% había dos o más; además, la administradora dominante poseía en promedio el 75% de la población afiliada a ese régimen.

Ahora bien, en cuanto a los temas sobre los cuales se requiere una mayor indagación y discusión, se destaca el referido al acceso, dentro del cual interesa abordar una serie de revelaciones e hipótesis acerca de la eficacia del régimen subsidiado como facilitador del acceso (Restrepo y cols., 2003), así como las condiciones que enfrenta la población vinculada. Por último, es importante ampliar el debate y plantear propuestas sobre el modelo de gestión y organización de los hospitales públicos y, en general, el esquema de descentralización y municipalización de la salud.

2. Monitoreo 1999-2002

2.1. Recursos públicos

Luego del avance en los recursos públicos, presentado en el período anterior, su participación como porcentaje del producto interno bruto -PIB- presenta una estabilidad relativa, con una ligera caída entre 1999 y 2000, los cuales fueron años críticos, y una recuperación en 2001 y 2002 que parece obedecer en especial a los cambios en el sistema de transferencias.

En promedio, el 25% de los recursos totales corresponde a las transferencias de la nación o Sistema General de Participaciones -SGP-. Este rubro presenta una disminución entre 1999 y 2001, y en 2002 registra un aumento importante que sugiere efectos positivos para Antioquia de la creación del SGP, en particular a los municipios del Valle de Aburrá. En cambio, las rentas cedidas, de origen departamental, continúan en crisis y si bien el Fondo de Solidaridad y Garantía ha mostrado algunos repuntes, la posibilidad de generar nuevos recursos para la salud del departamento depende principalmente de las transferencias nacionales y de los recursos propios (Ver cuadro 1).

Cuadro 1. Antioquia: Recursos públicos para salud, 1999-2002
(\\$ millones de 2002)

	1999	2000	2001	2002
1. Transferencias de la Nación*	265.534	234.601	268.016	288.257
2 Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga-	58.777	60.718	51.326	65.459
3. Rentas cedidas (licores, loterías y cervezas)	58.988	72.728	83.619	61.420
4. Cajas de compensación	8.992	9.422	10.071	9.852
Subtotal				
Régimen subsidiado, prestación de servicios, salud pública y otros	392.292	377.470	413.032	424.989
Participación en el PIB regional	1.39%	1.26%	1.40%	1.41%
5. Unidades de pago per cápita -UPC- del régimen contributivo**	639.364	652.775	687.219	698.212
Subtotal				
Régimen contributivo	639.364	652.775	687.219	698.212
Participación en el PIB regional	2.27%	2.17%	2.33%	2.31%
Total Recursos	1,031.656	1,030.245	1,100.251	1,123.201
Participación en el PIB regional	3.67%	3.43%	3.74%	3.72%
Variación real	1.1%	-0.1%	6.8%	2.1%

(*) Hasta 2001 es la suma de Situado Fiscal y Participación de los municipios en los Ingresos Corrientes de la Nación. A partir de ese año se refiere al Sistema General de Participaciones.

(**) Es el producto de la UPC promedio del país y el promedio de personas compensadas en Antioquia. Fuente: Ministerio de la Protección Social; DSSA, Oficina del régimen subsidiado; DANE; cálculos GES-CIE

Hasta el año 2001, el sistema de las transferencias a las entidades territoriales, estaba conformado por el Situado Fiscal y la participación de los municipios en los Ingresos Corrientes de la Nación -ICN-. La volatilidad de estos últimos sometió a grandes fluctuaciones los recursos con que contaban los municipios para financiar los gastos en los diferentes sectores de inversión social, y la salud no estuvo ajena a este fenómeno. En efecto, durante 1999 y 2001 los recursos de los municipios de Antioquia presentaron grandes cambios: entre 1999 y 2000, éstos disminuyeron en un 5%, mientras que entre 2000 y 2001 aumentaron a tasas cercanas al 9,5%. Por subregiones, se presenta ese mismo comportamiento. (Ver cuadro 2).

Cuadro 2. Antioquia: Variación de las transferencias para salud, 1999-2002
(variación real por subregión)

Subregión	1999-2000	2000-2001	2001-2002	1999-2002
Magdalena Medio	-6.7%	7.5%	-0.3%	-0.1%
Bajo Cauca	-9.1%	15.8%	1.6%	6.9%
Nordeste	-7.0%	10.5%	5.8%	8.7%
Urabá	-6.2%	12.1%	0.8%	5.9%
Norte	-6.1%	9.2%	2.3%	4.9%
Oriente	-4.8%	7.9%	3.9%	6.7%
Suroeste	-4.4%	7.2%	0.2%	2.7%
Occidente	-4.4%	7.4%	2.7%	5.4%
Valle de Aburrá	-1.8%	8.3%	21.5%	29.2%
Total subregion	-5%	9%	8%	12%

Fuente: Dirección Seccional de Salud de Antioquia, ejecuciones presupuestales, 1999-2002; cálculos GES-CIE

Para el período 2001-2002 se evidencian cambios significativos en la asignación de los recursos a nivel municipal: 39 municipios, cuyo tamaño funcional corresponde principalmente a *centros locales* y *centros subregionales intermedios*¹, los mismos que tradicionalmente ostentan la mayor participación en las transferencias, sufrieron disminuciones en las asignaciones correspondientes al nuevo sistema (Ver cuadro 3). Entre estos municipios se destacan Amagá, Betulia, Caucasia, Sopetrán, Yolombó, y Yarumal, con reducciones superiores al 10%. En contraste con esta situación, se destacan los municipios de Bello, Copacabana, Envigado, Itagüí, Ituango, Medellín, Sabaneta, Segovia, Tarso y Urao, los cuales presentaron aumentos superiores al 15%.

Cuadro 3. Antioquia: Participación de las transferencias para salud por categoría de municipios, 1999-2002

(ITF)	Categoría del municipio	1999	2000	2001	2002
2	Centro metropolitano regional	18.93%	20.08%	19.88%	22.46%
4	Centros regionales intermedios	6.50%	6.38%	6.35%	7.44%
5	Centros subregionales mayores	13.55%	13.39%	13.45%	12.26%
6	Centros subregionales intermedios	28.55%	28.27%	28.41%	27.77%
7	Centros locales	32.21%	31.76%	31.66%	30.07%
	Total de recursos	256,360	244,567	267,095	288,278
	Cafeteros y desmovilizados	0.25%	0.12%	0.25%	0.00%

ITF: 2. Medellín; 4. Bello, Envigado e Itagüí; 5. Apartadó, Caldas, Caucasia, Copacabana, Puerto Berrío, Rionegro, Sabanalarga, Turbo y Yarumal; 6. Está compuesto por 35 municipios; 7. Conformado por 77 municipios.

Fuente: DSSA, oficina del régimen subsidiado; cálculos GES-CIE

2.2 Cobertura del seguro de salud

Antes de 1999, la cobertura del sistema de seguridad social en salud del departamento era cercana al 60% de la población total; dada la situación económica del país, se advertía que esa cifra permanecería estancada. El panorama que se describe para el período 1999-2002 coincide con lo anterior, pues la tasa de cobertura pasó del 61% al

63% entre un año y otro y en la actualidad corresponde a 3.493.825 personas afiliadas.

A nivel regional, se observa un comportamiento similar al no registrarse cambios notorios en el nivel de cobertura. Las regiones de Bajo Cauca, Nordeste y Suroeste mantienen un nivel por debajo del promedio departamental, con el 48%, 49% y 48%, respectivamente; en cambio, Magdalena Medio y Valle de Aburrá presentan una cobertura superior al 60%, y el resto de regiones registran un nivel muy cercano a éste (Ver cuadro 4).

Cuadro 4. Antioquia: Cobertura del seguro de salud, 1999-2002 (% por régimen y subregión)

Subregión	Régimen contributivo		Régimen Subsidiado		Total	
	1999	2002	1999	2002	1999	2002
Magdalena Medio	24%	24%	38%	39%	61%	63%
Bajo Cauca	11%	12%	32%	35%	43%	48%
Urabá	20%	21%	36%	36%	56%	57%
Nordeste	10%	13%	35%	36%	44%	49%
Occidente	10%	10%	42%	45%	52%	55%
Norte	17%	20%	33%	35%	50%	55%
Oriente	26%	27%	26%	28%	52%	55%
Suroeste	17%	16%	29%	32%	46%	48%
Valle de Aburrá	56%	59%	11%	12%	68%	71%
Total Antioquia	40%	41%	21%	22%	60%	63%

Fuente: Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud; DSSA; cálculos GES-CIE

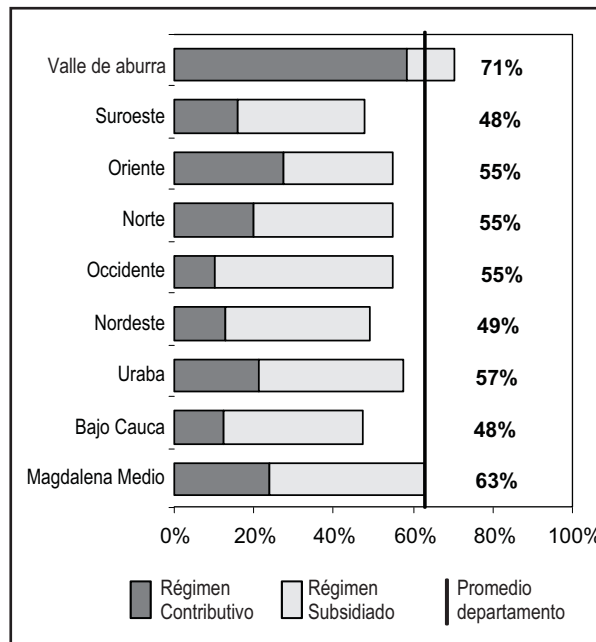
Adicionalmente, se observa que existe una complementariedad entre regímenes que depende, especialmente, del nivel de desarrollo económico de cada región. Se encuentra que el mayor aporte dentro de la cobertura del Valle de Aburrá (71%) es hecho por el régimen contributivo (59%) y en menor medida por el régimen subsidiado (12%); en contraste, en la región del Magdalena Medio predomina una mayor afiliación al régimen subsidiado (39%) que al régimen contributivo (24%). La región de Oriente, por su parte, no presenta diferencias en la cobertura de cada régimen, pues el contributivo cubre al 28% de la población y el subsidiado al 27%. Las demás regiones muestran una mayor participación del régimen subsidiado que del contributivo (Ver gráfico 1)

A nivel municipal se encuentra, para 2002, que el 42% de los municipios presenta una cobertura inferior al 50%, el 46% posee una cobertura entre el 50% y el 70%, y el 16% tiene una cobertura superior al 70%. Cabe anotar que La Estrella y El Bagre son los municipios que registran las coberturas más bajas (32% y 33%, respectivamente), mientras los que enseñan las coberturas más altas son Olaya, Apartadó, y Rionegro, por encima del 80%.²

Régimen contributivo

Para el período se observa un estancamiento en la tasa de cobertura del régimen contributivo, la cual pasó del 40% en 1999 al 41% en 2002. En términos de personas afiliadas, esto significa pasar de 2.113.083 a 2.295.589, respectivamente. Teniendo en cuenta este promedio departa-

Gráfico 1: Antioquia: Cobertura del seguro de salud, 2002 (promedio departamental y regional)



Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, Boletines régimen contributivo; DSSA, oficina del régimen subsidiado; cálculos GES-CIE

mental, la mayoría de subregiones presentan una cobertura inferior, destacándose, dentro de las que poseen los menores niveles, Bajo Cauca (12%), Nordeste (13%), Occidente (10%) y Suroeste (16%); por su parte, en el Valle de Aburrá se registra una cobertura superior al promedio, con 59% (Ver cuadro 4).

Al analizar este comportamiento, utilizando la categoría económica de los municipios según su tamaño funcional, se encuentra que la cobertura de este régimen presenta una relación directa con dichas categorías, de modo que los municipios con mayor desarrollo (categorías 2 4 y 5) presentan una mayor cobertura (Ver cuadro 5).

En un intento por examinar la cobertura específica en el régimen contributivo número de personas cubiertas sobre la población potencial del régimen se consideran tres medidas que parten de definiciones operacionales de pobreza: en primer lugar, a partir del índice de necesidades básicas insatisfechas -NBI³-, se considera como potencial del régimen la diferencia entre la población total y la catalogada como NBI; en segundo lugar, tomando la población de los niveles 1 y 2 del Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios de Subsidios -Sisben⁴-, se obtiene la población potencial de la diferencia de ésta con la total del departamento; y en tercer lugar, se hace un ejercicio similar tomando la población clasificada bajo la metodología de la línea de pobreza (LP).⁵

Con estas tres medidas posibles, la cobertura específica oscilaría entre un 42% y un 102%, lo cual enseña las dificultades para identificar con certeza la población poten-

Cuadro 5. Antioquia: Cobertura del seguro de salud, 1999-2002
(% por categoría de municipios)

ITF	Categoría Económica funcional	Total de municipios	Régimen contributivo		Régimen subsidiado		Total	
			1999	2003	1999	2002		
2	Centro metropolitano regional	1	65%	65%	11%	12%	76%	77%
4	Centro regional intermedio	3	43%	49%	10%	11%	53%	59%
5	Centros subregionales mayores	9	38%	40%	25%	26%	63%	66%
6	Centros subregionales intermedios	35	18%	20%	27%	29%	45%	49%
7	Centros Locales	77	11%	12%	37%	39%	48%	51%
	Total	125	40%	41%	21%	22%	61%	63%

Fuente: Fosyga, afiliados compensados enero-julio 2003 DSSA, oficina del régimen subsidiado; cálculos GES-CIE

cial del mismo régimen. En efecto, si se toma la población que no está clasificada en los niveles 1 o 2 del Sisben, la cobertura sería solamente del 42%; en cambio, se considera a la población no NBI, se obtiene una cobertura del 60%; por último, al utilizar la línea de pobreza se alcanza una cobertura total.

Otra aproximación a la cobertura específica puede hacerse mediante el análisis de información sobre población ocupada y cotizante del régimen. En el caso de Medellín y su área Metropolitana, para el primer semestre de 2003, se cuenta con 1.187.384 ocupados y 723.184 cotizantes, lo cual arrojaría una cobertura del 60,9% sobre la población ocupada, aunque es importante tener en cuenta que dicha cifra es inferior si de los cotizantes se descuentan los pensionados (Ver cuadro 6).

Cuadro 6. Medellín y Área Metropolitana: empleo y cobertura del seguro de salud, 2003

Concepto	Nº. de personas
1. Población Total en 2003	2,934,259
2. Población en edad de trabajar -PET- (78,6%)	2,306,328
3. Población económicamente activa -PEA- (57,4% de la PET)	1,426,484
4. Población desempleada (16,8% de la PEA)	239,100
5. Población ocupada (51,5% de la PET)	1,187,384
6. Cotizantes* (60,9% de los ocupados)	723,184
7. Beneficiarios (1,2 por cotizante)	840,505
8. Total Población afiliada	1,563,689
+ pensionados y otros	
Cobertura sobre población total	53,3%

(*) Esta cifra incluye pensionados

Fuente: DANE, Encuesta continua de hogares (Informe sobre empleo enero-agosto 2003); Fosyga, población compensada enero-julio de 2003; Cálculos GES-CIE

Régimen subsidiado

El número de afiliados pasó de 1.111.077 en 1999 a 1.198.236 en 2002, lo que representa una cobertura de 21% y 22%, respectivamente. Este ligero incremento en el total de afiliados podría ser un efecto de las transferencias corrientes de 2001 que permitieron una ampliación de los cupos, especialmente en la región de Urabá.

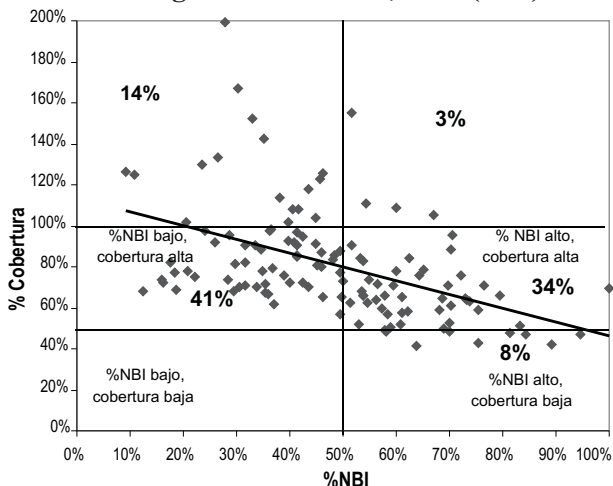
A nivel regional, el Valle de Aburrá es la única región que presenta un nivel de cobertura (12%) por debajo del promedio del departamento, mientras las demás regiones registran coberturas por encima del 28%; las mayores corresponden a Occidente y Magdalena Medio, con 45% y 39% (Ver cuadro 4). De manera similar, teniendo en cuenta la categoría de los municipios, la cobertura del régimen es mayor en la medida en que el nivel desarrollo de los municipios es más bajo, y es así como

mientras en las categorías 2 y 4 la cobertura es cercana al 12%, en la categoría 7 se acerca al 40% (Ver cuadro 5).

En cuanto a la cobertura específica, si se considera como medida los niveles 1 y 2 del Sisben, se obtiene una tasa del 42%; en cambio, si se utiliza el NBI, la cobertura sería del 70%; y si se toma la línea de pobreza, sería del 36%.

Continuado con este análisis, en un plano cartesiano se sitúan la cobertura y el porcentaje de población potencial para el régimen subsidiado según NBI, y se trazan los cuadrantes sobre un 50% en cada serie. Se tiene entonces, para el 2002, que el 34% de los municipios poseen alta cobertura y alto NBI, el 8% tienen baja cobertura pero alto NBI, de modo que puede concluirse que el objetivo de focalización de subsidio en las poblaciones más vulnerables se estaría cumpliendo. Sin embargo, se tiene el caso contrario en el que el 41% de municipios tienen alta cobertura pero bajo NBI (Ver gráfico 2).

Gráfico 2. Antioquia: Cobertura específica del régimen subsidiado, 2002 (NBI)



Fuente: DSSA, oficina del régimen subsidiado; DNP; cálculos GES-CIE

2.3 Acceso a los servicios de salud

El acceso a los servicios de salud es una de las prioridades de la política de salud. En el caso de la reforma colombiana se hizo explícito, como uno de sus propósitos esenciales, el crear condiciones de acceso de toda la población al

servicio en todos los niveles de atención. Sin embargo, aunque comienza a reconocerse su importancia y se tienen algunas evidencias y demandas ciudadanas y de organizaciones sociales, acerca de las dificultades que enfrenta la población para el acceso, en realidad no existe un seguimiento sistemático sobre el tema y se conoce muy poco sobre los efectos que ha traído la reforma sobre el mismo.

En el caso de las condiciones de acceso de la población antioqueña de escasos recursos económicos, sobre la cual descansa el interés de la política, se cuenta con algunas aproximaciones e hipótesis para abordar el tema. En primer lugar, los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de 1997, correspondientes a 6.674 personas de 15 municipios del departamento, enseñan un acceso diferenciado por su vinculación a la seguridad social. En efecto, mientras entre las personas sin seguridad social que estuvieron enfermas, un 57% no acudieron a los servicios de salud, en el caso del régimen subsidiado este porcentaje baja al 35% y en el contributivo al 12%; además, la falta de ingresos constituye la principal razón para no acceder en los dos primeros grupos de población, con una diferencia importante que muestra mayores dificultades en la población vinculada (69%) que en la subsidiada, aunque en este caso la cifra es alta (47%) comparada con la población del régimen contributivo (7%) (Ver cuadro 7).

Cuadro 7. Antioquia: Barreras al acceso por régimen de la seguridad social, 1997

Barreras al acceso	Población pobre y vulnerable		Régimen contributivo
	No asegurado	Asegurado	
Porcentaje de no uso	57%	35%	12%
1. Del lado de la oferta			
Entrada	4%	9%	2%
Interior	2%	5%	20%
Continuidad	3%	8%	6%
2. Del lado de la demanda			
Predisposición	6%	10%	13%
Dotación	69%	47%	7%
Necesidad	16%	21%	52%

Fuente: ECV, 1997 módulo de salud, cálculos GES-CIE

En segundo lugar, aunque no se posee información actualizada para corroborar estos hallazgos iniciales, desde una perspectiva cualitativa se cuenta con los resultados obtenidos a partir de talleres con usuarios y entrevistas a varios actores del departamento (Restrepo y cols., 2003). Se destaca el reconocimiento que se tiene sobre las ventajas del régimen subsidiado como solución a los problemas de acceso, notando como hecho preocupante su falta de cobertura y las dificultades para incluir a personas con problemas económicos pero que no son reconocidas como pobres.

Sin embargo, también se encontraron relatos y experiencias que permiten advertir, de manera consistente con la teoría y los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida, que el seguro de salud ofrecido mediante este régimen no es suficiente para resolver dicha problemática, de modo que a pesar de estar afiliado el individuo se enfrenta a dificultades para acceder a los servicios de salud y lograr con-

tinuidad en los tratamientos. Los usuarios hacen referencia a barreras económicas (copagos, compra de medicamentos y gastos para el desplazamiento); el rechazo o restricciones en la atención que se asocian a los costos y no a la disponibilidad de servicios; y las barreras geográficas y administrativas, generadas desde la oferta.

La forma en que las personas intentan superar estas barreras van desde tratar de conseguir el dinero que hace falta para la atención, buscar otro servicio más económico, aplazar o desistir de la atención, hasta la utilización de yerbas. Por ejemplo, en la zona centro oriental de Medellín, los usuarios relataron que realizan de tiempo atrás un trabajo organizativo e informativo sistemático, citando a las Administradoras del Régimen Subsidiado y al Secretario de Salud para que escuchen sus quejas y solicitarles responsabilidad frente a las acciones de promoción y prevención, o frente a la vigilancia gubernamental de la contratación y del control de porcentajes de intermediación del régimen.

Por su parte, al considerar las entrevistas sobre la percepción de los planificadores y administradores del régimen subsidiado, se concluyen aspectos que van en la misma dirección de la presentada por los usuarios. Para ellos, los usuarios enfrentan al menos tres tipos de dificultades: la cuestión geográfica parece determinante y es así como se reconoce que en la ciudad hay una gran accesibilidad pero que en las zonas rurales los problemas persisten; barreras económicas que se hacen más pronunciadas cuando se trata de población rural que debe trasladarse a la ciudad; y barreras culturales que también se expresan especialmente en la población rural.

Y en tercer lugar, algunas indagaciones realizadas mediante la metodología de estudios de caso permiten corroborar el acceso diferenciado por la cobertura de la seguridad social. Por ejemplo, en el caso de un municipio que se destaca por poseer una población predominantemente rural y pobre, se aprecia que entre 1997 y 2001 se presentó un incremento importante en la frecuencia de utilización de servicios ambulatorios por parte de la población con seguridad social, aunque persisten diferencias muy marcadas entre la población del régimen contributivo y la del subsidiado. En cambio, la población vinculada mantiene los niveles de utilización en consulta y reduce los de urgencias (Ver cuadro 8).

Por último, en el caso de la ciudad de Medellín, se adelanta un estudio para caracterizar la problemática del acceso a los servicios de ortopedia y cirugía general por parte de la población subsidiada y vinculada. Los resultados preliminares enseñan un acceso diferencial entre ambas poblaciones, notándose mayores dificultades para el segundo grupo y problemas comunes a ambos que enseñan barreras al acceso real (Ortiz y González, 2003).

2.4 Hospitales públicos

Estructura financiera de los hospitales públicos.

La estructura financiera en términos reales presenta el mismo comportamiento que los recursos públicos; un debilitamiento para el periodo comprendido entre 1999 y

Cuadro 8. Municipio rural y pobre: uso de servicios de salud por régimen de seguridad social (1997, 2001)

Régimen	Contributivo		Subsidiado		Vinculado		Total	
	1997	2001	1997	2001	1997	2001	1997	2001
1. Población								
Nº. de personas	563	480	5395	5455	1264	1530	7422	7465
%	8	6.4	74.7	73	17.5	20.6		
2. Facturación enero-junio 97								
Nº. de consultas medicas	380	1093	1022	4110	325	638	1727	5841
%	2.20	18.7	59.2	70.3	18.8	11		
Frecuencia (consulta/persona-año)	1.3	2.6	0.4	0.88	0.5	0.48	0.5	0.9
Nº. de urgencias	102	207	203	1053	268	259	573	1519
%	17.8	13.6	35.4	69.3	46.8	17.1		
Frecuencia (Urgencias/persona-año)	0.4	0.5	0.07	0.22	0.4	0.19	0.2	0.23
Nº. de hospitalizaciones	33		121		46		200	
%	16.5		60.5		23			
Frecuencia (hosp.perona-año)	0.1		0.04		0.07		0.05	

Fuente: Sistema de facturación ESE local; cálculos GES-CIE

2000, una leve recuperación para el período siguiente, y nuevamente un deterioro a partir del 2001.

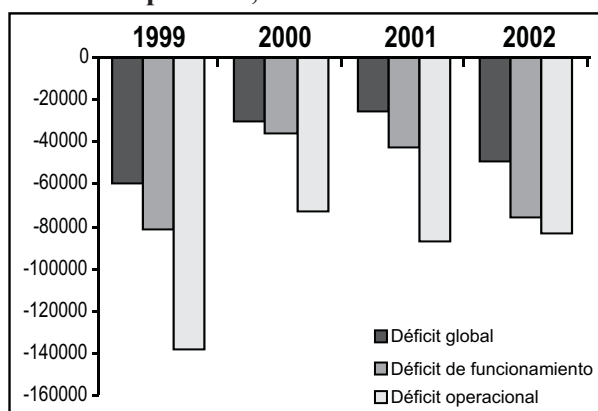
Para un universo de 123 hospitales (108 del primer nivel de complejidad, 11 del segundo nivel y 3 del tercer nivel) las principales fuentes de ingreso continúan siendo la venta de servicios y los aportes tanto nacionales, como departamentales y municipales. En general, se observa un aumento en la participación de estas fuentes pasando de representar el 40% y 26% en 1999 al 50% y 34% en 2002.

Los recursos recibidos por venta de servicios descendieron en un 37% entre 1999 y 2002, con una reducción mayor en las ventas al régimen contributivo (18%), que en las del subsidiado (12%), y en menor porcentaje en las cuotas de recuperación y particulares. Los ingresos por ventas de servicios en el régimen contributivo, representan en promedio el 9% de los recursos: en cuanto a su evolución, luego de presentar una disminución drástica entre 1999 y 2000, aumentan en los últimos años cada vez a tasas mayores (7% y 15%). Por su parte, los ingresos por venta de servicios en el régimen subsidiado muestran una disminución general para el período, con una leve recuperación en el 2001 pero retornando su senda descendente alcanzando una disminución del 18% en el último año analizado; de la misma manera pasa de representar el 51% en 1999 al 39% de los recursos públicos del subsidiado en 2002.

Adicionalmente, la diferencia entre los ingresos recibidos para el régimen subsidiado y para la población vinculada es notoria y ha sufrido cambios importantes: para 1999 esta diferencia es de 30.000 millones de pesos a favor del régimen subsidiado y continuó aumentando hasta el 2001 alcanzando un valor cercano a los 52.000 millones, en el 2002 la relación se invierte debido a un aumento del 81% de los recursos para los vinculados, lo que produce una diferencia 2.300 millones de pesos a favor de éstos.

Por el lado de los gastos hospitalarios, se identifica cierta estabilidad y poca variabilidad en su composición. Sin

embargo, la característica general para todos los municipios del departamento es la presencia de déficit global, de funcionamiento y de operación, que pueden ser explicados por la tendencia a la baja de los ingresos, especialmente por las disminuciones constantes de los mismos. El superávit o déficit total es la diferencia entre los ingresos totales y los gastos totales. En general se aprecia un déficit en todos los niveles de complejidad; sin embargo el segundo nivel de atención concentra el 45% del déficit acumulado, y por subregiones, el oriente antioqueño y Urabá concentran el 21% y el 26% del déficit acumulado (Ver gráfico 3).

Gráfico 3. Antioquia: Déficit global, funcional y operacional en los hospitales públicos, 1999-2002

Fuente: DSSA, ejecuciones presupuestales, 1999-2002; cálculos GES-CIE

El déficit de funcionamiento registrado indica que los ingresos corrientes de los hospitales no tienen la capacidad para financiar el funcionamiento y el servicio de la deuda, ésta situación advierte fallas en la gestión, pues una correcta administración debe cancelar estas dos cuentas con su funcionamiento ordinario, sin necesidad de acudir a fuentes de crédito. Éste es una constante en todo el período, presentando mayores niveles en las ESE's de segundo nivel de complejidad, y por subregiones en el Valle de Aburrá, Urabá y oriente antioqueño.

De otro lado, los resultados de la operación habitual de las ESE's en el departamento reflejan un déficit operacional, indicando que los hospitales no alcanzan a cubrir con la venta de servicios los gastos que éstos generan. Éste problema es mayor en los hospitales de primer nivel, especialmente en las subregiones del Urabá, oriente y suroeste antioqueño.

Producción de servicios en hospitales.

La producción hospitalaria presentó un comportamiento similar al evidenciado por la estructura financiera de los mismos. Se observan disminuciones generalizadas, entre

1999 y 2002, para los diferentes tipos de servicios y para todos los niveles de complejidad, con excepción de los partos institucionales en el segundo nivel de complejidad, que presentan una variación del 2%. El número de consultas muestra una leve disminución; pasando de 2.7 millones de consultas médicas (incluidas las consultas por médico general, médico especialista y urgencias) a 2.5 millones en 2002, lo que representa una caída del 5% en el período (Ver cuadro 9).

Cuadro 9. Antioquia: Producción de hospitales, 1999-2002

Actividad	1999	2002	Variación
1. Consulta médica			
Primer nivel	2,179,547	2,169,962	0
Segundo nivel	543,857	427,220	-21
Total	2,723,404	2,597,182	-5
2. Hospitalización			
Días de estancia			
Primer nivel	159,559	135,474	-15
Segundo nivel	201,551	159,251	-21
Egresos			
Primer nivel	78,664	63,753	-19
Segundo nivel	57,265	50,692	-11
Total	135,929	114,445	-16
Promedio estancia			
Primer nivel	2.03	2.12	5
Segundo nivel	3.52	3.14	-11
Total	2.66	2.58	-3
3. Partos institucionales			
Primer nivel	25,018	22,761	-9
Segundo nivel	9,973	10,147	2
Total	34,991	32,908	-6
Total	361,110	294,725	-18

Fuente: Dirección Seccional de Salud de Antioquia, ejecuciones presupuestales, 1999-2002, cálculos GES-CIE

Igualmente, el número de días de hospitalización disminuyó lo cual podría explicarse a través de la relación entre el número de egresos y el promedio de días de estancia; pues aunque el promedio presenta disminuciones, éstas son menores a las registradas en el número de egresos lo que puede significar una reducción en el número de pacientes atendidos. Esta situación es muy marcada en los hospitales de segundo nivel de atención.

2.5 Mercado de aseguramiento

Configuración del mercado

Para el período 1999-2002 no se observan cambios en la oferta de Empresas Promotoras de Salud en el departamento. Se tiene una oferta de 27 empresas, de las cuales 18 son privadas, 3 públicas y 6 corresponden a Entidades Adaptadas de Salud. En 2002, las primeras alcanzan una participación del 88% sobre la afiliación total, mientras las segundas redujeron su participación al 11% y las últimas sólo participan con el 1%.

En contraste, el régimen subsidiado presenta una disminución en la oferta total de administradoras que se explica,

principalmente, por la caída en la oferta de las Empresas Solidarias de Salud (pasó de 17 a 5), como consecuencia del Decreto 1804 de 1999 que obligó a incrementar su tamaño. La nueva composición enseña un aumento en la participación de las Solidarias y las EPS públicas (pasan de 17% y 26% en 1999 a 20% y 29% en el 2002, respectivamente), con una reducción por parte de las EPS privadas y las Cajas de Compensación Familiar (Ver cuadro 10).

Cuadro 10. Antioquia: Oferta de entidades de aseguramiento, 1999-2002

Régimen Contributivo		1999	2003*
EPS Publicas **	Número	3	3
	Total Afiliados	936,605	217,947
	% participación	44%	11%
EPS Privadas	Número	18	18
	Total Afiliados	1,176,478	1,762,036
	% participación	56%	88%
EAS	Número	n.d	6
	Total Afiliados	n.d	20,525
	% participación	n.d	1%
Total	Número	21	27
	Total Afiliados	2,113,083	2,000,508
Régimen Subsidiado		1999	2002
EPS Publicas	Número	1	1
	Total Afiliados	183,459	240,493
	% participación	17%	20%
EPS Privadas	Número	5	6
	Total Afiliados	420,410	412,613
	% participación	38%	34%
CCF	Número	4	3
	Total Afiliados	194,022	176,653
	% participación	17%	15%
CNV	Número	1	1
	Total Afiliados	22,681	22,178
	% participación	2%	2%
ESS	Número	17	5
	Total Afiliados	290,505	346,299
	% participación	26%	29%
Total	Número	28	16
	Total Afiliados	1,111,077	1,198,236

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, boletines del régimen contributivo; Fosyga, compensados enero-julio 2003; DSSA, oficina del régimen subsidiado; cálculos GES-CIE

Distribución del mercado

Tomando como referente la categoría económica de los municipios, se observa en el régimen contributivo que las EPS privadas poseen el 72% de sus afiliados en los municipios más desarrollados (Medellín, Bello, Envigado e Itagüí), mientras en los centros locales solo tienen el 5%.

En el régimen subsidiado, se perciben diferencias en la distribución de los afiliados de acuerdo al tipo de entidad: las EPS privadas y las CCF concentran un mayor número de afiliados (39% y 32% respectivamente) en Medellín. En cambio, las EPS públicas y las ESS aumentan su participación en el mercado a medida que se desciende en la categoría económica funcional del municipio, capturando

el mayor porcentaje de afiliados en los *centros locales* (62% y 41% respectivamente).

Concentración del mercado

La evaluación de la concentración en los mercados locales se abordó, en principio, mediante el índice de cuota de mercado (IC)⁶ para cada uno de los municipios del departamento. Con este índice se observa, para el período 1999-2002, una alta concentración en el régimen contributivo, a pesar de que se da una disminución en el número de municipios que poseen una EPS dominante, con al menos el 50% de la población afiliada, los cuales pasaron del 84% al 76% entre los dos años; en contraste, la EPS dominante pasó de tener, en promedio, el 74% del mercado al 76%.

También se encontró que existen municipios con una oferta alta de EPS (4 o más) pero poseen oligopolios bastante concentrados, donde una entidad tiene un porcentaje promedio de dominio superior al 50%.

Por su parte, el análisis en el régimen subsidiado muestra una disminución en la oferta de ARS por municipio: mientras en 1999 el 44% de los municipios poseía una oferta de 3 o más administradoras, en 2002 esta proporción bajó a 26%; en consecuencia, al introducir el criterio de EPS dominante, se observa para el último año que el 88% de los municipios cumple con este criterio y en promedio la administradora dominante posee el 81% del mercado.

Por otra parte, para consolidar el análisis sobre estructura del mercado, se utiliza el índice de Hirshmann-Herfindahl (IHH)⁷. Al realizar el análisis por municipio se encuentra que se mantiene la tendencia en el régimen contributivo de un mercado monopolístico, en el 72% de los municipios, mientras el 27% posee una tendencia oligopólica y solo el 1% presenta indicios de competencia en el

mercado. Como se observa en el gráfico 4, a medida que se desciende en la categoría económica funcional, la tendencia es a la configuración de mercados monopolísticos.

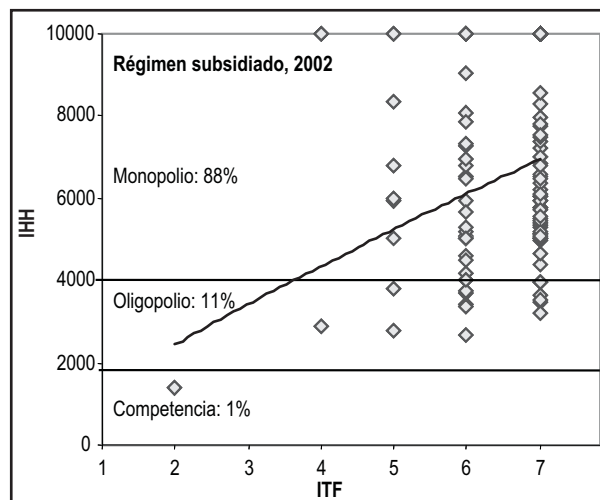
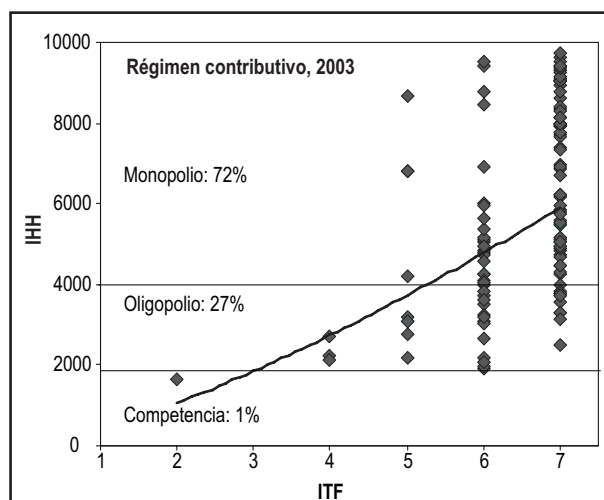
En el régimen subsidiado por su parte, se encuentra que el índice varía de acuerdo a la categoría de los municipios. El *centro metropolitano regional* (Medellín) posee el IHH más bajo, lo que indica un mercado con tendencia competitiva; asimismo, en los *centros regionales intermedios* (Bello, Envigado e Itaguí) y *subregionales mayores* (Apartadó, Caldas, Cauca, Copacabana, Puerto Berrio, Rionegro, Sabanalarga, Turbo y Yarumal) el índice promedio muestra la existencia de un mercado con tendencia oligopólica. Por último, los *centros subregionales intermedios* y *los centros locales* (conformados por 35 y 77 municipios respectivamente), presentan un índice promedio que señala la existencia de mercados monopolísticos.

3. Conclusiones

En el marco de la crisis económica reciente, el ajuste fiscal y la orientación nacional acerca de la reforma a la salud, en los municipios de Antioquia se aprecian algunos hechos que enseñan el estancamiento en ciertas variables del sistema de seguridad social en salud, en especial la cobertura; el ajuste institucional y financiero, concentrado en los hospitales públicos; la mayor concentración de la oferta de aseguramiento, tanto a partir de su desarrollo espontáneo como en respuesta a la regulación sobre el particular; y algunos hechos positivos que dan cuenta de ventajas o potencialidades del sistema en el ámbito regional o local.

El gasto público en salud, como porcentaje del PIB, se mantiene prácticamente constante en los últimos cuatro años. Es importante destacar entonces que esta participa-

Gráfico 4. Antioquia: Índice de tamaño funcional de los municipios vs Índice de concentración del mercado (ITF e IHH)



ITF: 2. Centro metropolitano regional, Medellín; 4. Centros regionales intermedios; 5. Centros subregionales mayores; 6. Centros subregionales intermedios; 7. Centros locales - Fuente: Fosyga, afiliados compensados enero-julio de 2003; DSSA, oficina del régimen subsidiado; Ministerio de Desarrollo Económico (1998); Cálculos GES-CIE

ción no se vio alterada a pesar de la crisis económica y que el departamento gozó de un incremento en las transferencias nacionales debido a la reforma sobre las mismas (Sistema General de Participaciones de 2001). Hace falta conocer el comportamiento del gasto privado, en particular los pagos de bolsillo.

El comportamiento de los recursos públicos parece marcar la pauta para otras variables cruciales del sistema. Es el caso de la cobertura de aseguramiento, la cual subió solamente en dos puntos porcentuales entre 1999 y 2002. Se destaca, además, que esta cobertura es superior a la nacional en cerca de diez puntos porcentuales y presenta una combinación interesante entre los dos regímenes de la seguridad social, de modo que al complementar uno con otro se reducen las diferencias entre municipios y subregiones. Como hecho preocupante, se destaca la imposibilidad de alcanzar la cobertura universal y la desprotección de población de estratos medio bajos.

En el caso de los hospitales públicos, si bien se sigue un ritmo similar al de los recursos, se aprecia un ajuste en sus plantas de personal y una reducción de su producción. Es importante, de la misma manera conocer el comportamiento del gasto privado, abordar lo sucedido con la oferta privada de servicios, para relacionar esta situación con las condiciones de acceso que enfrenta la población.

Aunque no se cuenta con buena información para analizar el acceso, se advierte que en este frente existen varias dificultades que afectan principalmente a la población vinculada y también a personas afiliadas al régimen subsidiado que residen en ciertas áreas geográficas o se enfrentan a barreras económicas o culturales. Desde el punto de vista de la política y la investigación sobre el sistema de salud, este tema merece la mayor prioridad.

Finalmente, el análisis de la oferta de aseguramiento enseña que se consolida la tendencia de una alta concentración. Es importante examinar los efectos que esta situación trae sobre el desempeño del sistema en su conjunto y, de manera especial, sobre el acceso de la población y la calidad de los servicios.

Notas

- 1 La expresión tamaño funcional es representativa del conjunto de fenómenos asociados al tamaño y a las funciones que les atañe a las ciudades, según las hipótesis de los lugares centrales, la que permite un tratamiento jerárquico funcional de las ciudades.
- 2 Para el análisis de la cobertura de la seguridad social se enfrenta una dificultad atribuida a la manera como se maneja la información en el país, especialmente en el régimen contributivo. Es el caso de que una baja (alta) cobertura puede obedecer al registro que se lleva de la residencia de las personas afiliadas a una EPS.
- 3 El NBI, identifica los hogares con algunos atributos que demuestran la ausencia de consumos básicos o la baja capacidad de generación de ingresos; utiliza cinco indicadores, de los cuales cuatro expresan directamente ciertas situaciones de carencia respecto a condiciones y forma de ocupación de la vivienda, acceso a servicios educativos, aprovisionamiento de agua y disponibilidad del sistema de eliminación de excretas. El otro se refiere a los recursos del hogar para satisfacer sus necesidades en términos de miembros ocupados y nivel educativo del jefe.
- 4 El Sisben es un instrumento para la identificación de hogares, familias o individuos beneficiarios del gasto social por parte de las entidades territoriales de Colombia.
- 5 La línea de pobreza es aquel nivel mínimo de ingresos para comprar una canasta de bienes y servicios básicos. El Banco Mundial adoptó para América Latina una línea de pobreza con US\$2 por persona al día, de modo que, aquellos hogares cuyo consumo por persona es inferior a esta línea son considerados "pobres".
- 6 El índice de cuota de mercado (IC) se obtiene al dividir la población afiliada a una empresa en particular entre el total municipal.
- 7 El índice Hirshmann-Herfindahl (IHH) que corresponde a la sumatoria de las cuotas de mercado al cuadrado de todas las aseguradoras, multiplicada por 10.000 para ponderar la tendencia en el mercado. Si el índice que se obtiene es inferior a 1.800 se determina que el mercado tiene una tendencia competitiva; si está entre 1.800 y 4.000 la tendencia es oligopólica y si es superior a 4.000 se dice que hay una tendencia monopólica.

Referencias bibliográficas

- Ortiz, Angela; González, María Cecilia, 2003. "Acceso a los diferentes niveles de complejidad para la población vinculada y subsidiada, caracterizada según la demanda en los servicios de ortopedia y cirugía general en la red de servicios de Metrosalud". Tesis de grado para optar al título de magíster, Universidad Pontificia Bolivariana (en proceso).
- Plaza, Beatriz; Barona, Beatriz, 1998. "Resultados de la implementación del régimen subsidiado". *Coyuntura Social*, No 19, pp. 151-173.
- Restrepo, Jairo H., 1998. "Monitoreo local de la reforma al sector salud". *Coyuntura Social*, No. 18, pp. 173-195.
- Restrepo, Jairo H. y cols, 2001. "Economía de la Salud en Antioquia. Qué queda de la Ley 100?". *Observar*, No. 4, pp. 18-31.
- Restrepo, Jairo H. y cols., 2003. "Balance del régimen subsidiado de salud en Antioquia". *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, No. 4 (en imprenta).

Observación Académica

Las funciones esenciales de salud pública

Lina Patricia Casas B.

Las reformas del sector salud se enfrentan al desafío de fortalecer la rectoría de las autoridades sanitarias. Una parte fundamental de esta responsabilidad se refiere al cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública FESP-, para lo cual la Organización Panamericana de la Salud ha puesto en marcha una iniciativa que define la salud pública como *el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo* (OPS, 2002; 47).

Dentro de esta iniciativa, se identifican once actuaciones o responsabilidades fundamentales, *las FESP*, que permiten el desarrollo de la capacidad institucional de la autoridad sanitaria para el ejercicio de una buena práctica de la salud pública: 1) el seguimiento, la evaluación y el análisis de la situación de salud; 2) la vigilancia, la investigación y el control de los riesgos y las amenazas para la salud pública; 3) la promoción de la salud; 4) asegurar la participación social en la salud; 5) la formulación de las políticas y la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento en la salud pública; 6) el fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y el manejo en la salud pública; 7) la evaluación y la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; 8) la capacitación y desarrollo de los recursos humanos; 9) la seguridad de la calidad en los servicios de salud; 10) la investigación en la salud pública; y 11) la reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública.

Cada una de estas funciones genera productos y resultados particulares, pero, al mismo tiempo, ellas comparten recursos comunes y se complementan entre sí. Además, según los objetivos finales del sistema de salud y de la salud pública, pueden ser consideradas como *finalistas o instrumentales*. Las primeras, son las que contribuyen directamente a la realización de esos objetivos, mientras las segundas, sirven como medio para conseguirlos, creando o contribuyendo a la creación de condiciones u otros elementos para la realización de acciones finalistas.

En este sentido, las funciones 1, 5, 8 y 10 son funciones sistémicas que apoyan o complementan a las demás. Las funciones 3 y 4 requieren la contribución de algunas de las otras pero cambian las condiciones operativas de todo el sistema de salud, aumentando el impacto de las acciones específicas. La función 6 es instrumental y básica para ga-

rantizar el funcionamiento adecuado de todo el sistema de salud, pero para su cumplimiento necesita del aporte de las otras FESP. Las funciones 2, 7 y 9 están directamente relacionadas con los objetivos finales de la salud pública, y también requieren de las otras para su desempeño. La función 11, por su parte, es más específica, con un campo de actuación concreto, pero necesita del apoyo de las FESP más sistémicas para el desarrollo institucional que requiere.

Las FESP pueden integrar y promover cada uno de los grupos de prácticas sociales para la salud. Las funciones que tienen correspondencia con el grupo para el *desarrollo de una cultura de la vida y la salud* son el fomento y promoción de la salud y la participación social. Dentro del *desarrollo de entornos saludables y el control de riesgos y daños para la salud* se enmarcan la promoción de la salud, la vigilancia de la salud pública, la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud y la regulación y fiscalización en materia de salud pública. En el *desarrollo de la ciudadanía y de la capacidad social* se encuentran las funciones de participación social, promoción de la salud y desarrollo de políticas, la planificación y gestión en materia de salud pública. En el grupo para la *atención de las necesidades y demandas de salud* están la garantía de la calidad de la atención, la promoción del acceso a los servicios de salud, así como la regulación y fiscalización. Cabe anotar que las funciones de *seguimiento y análisis del estado de salud, el desarrollo de los recursos humanos, o el fomento de la investigación y del desarrollo de tecnología en materia de salud*, se relacionan directamente con el conjunto de las prácticas sociales.

Finalmente, aunque la inclusión de otras funciones depende del nivel de desarrollo de las sociedades y de su estructuración institucional en el área de la salud., las esenciales deben estar siempre presentes, pues permiten establecer estándares de buen funcionamiento y puntos de referencia para el mejoramiento continuo de las prácticas y servicios de salud pública, a través del diagnóstico del desempeño de las FESP que se hace con relación al grado de cumplimiento de estándares óptimos establecidos por consenso, se busca lograr una comparación entre países en cuanto a debilidades o deficiencias a corregirse y las fortalezas que deben ser consolidadas.

Referencias

Organización Panamericana de la Salud, 2002. *La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Washington D.C.

Actualidades del GES

Informe de investigación

El próximo mes de octubre culmina la investigación *Evaluación institucional de la función de regulación en el sistema de salud colombiano*, la cual fue financiada por la Universidad de Antioquia y Colciencias. En cuanto a generación de conocimiento, la investigación ofrece dos artículos que se presentaron a consideración de Economía Institucional y Revista de la CEPAL.

Proyectos de investigación en convocatorias recientes

Se aprobaron dos proyectos en convocatoria de mediana cuantía del Comité para el Desarrollo de la Investigación CODI- de la Universidad de Antioquia: "Estrategias de integración vertical en el sistema de salud colombiano", con el Grupo de Investigación de la Facultad de Economía de la Universidad El Rosario, y "Estructura del mercado de medicamentos para uso ambulatorio en Colombia 1993-2002".

Publicación reciente

Espinosa, Karem V.; Restrepo, Jairo H.; Rodríguez, Sandra M. (2003). "Producción académica en Economía de la Salud en Colombia, 1980-2002". *Borradores del CIE*, No. 5. Medellín, agosto.

Otras actividades e información de interés

El profesor Jairo Humberto Restrepo participará en la 8ª. Conferencia de Latino American and Caribbean Economic Association LACEA- (Cholula, México, 9 a 11 de octubre), con el paper "Instituciones y mercados de salud: lecciones de la reforma colombiana".

Los estudiantes Carlos Arturo Ortiz, Yenny Natalia Pedraza y Elizabeth Quintero, del programa de Ingeniería de Sistemas de la Universidad de Antioquia, participaron en el *Encuentro de investigación sobre tecnologías de información aplicadas a la solución de problemas de la Universidad Nacional*. Su trabajo, elaborado en el marco del proyecto Monitoreo del sistema de seguridad social en salud en Antioquia 1999-2002, fue "Simulación de la sostenibilidad y prestación de servicios en entidades de salud de primer nivel de atención en Colombia utilizando dinámica de sistemas".

En el Congreso Nacional de Estudiantes de Economía, realizado en la Universidad de Antioquia entre el 23 y el 27 de septiembre, se abordó el tema de economía de la salud como una mesa de trabajo enmarcada en el área de microeconomía aplicada. El GES coordinó esta mesa y presentó la conferencia: economía, salud y calidad de vida, a cargo de los profesores Jairo Humberto Restrepo, Johanna Vásquez y Sandra Rodríguez.

Esta edición del Observatorio fue preparada en el marco de la investigación *Monitoreo el Sistema de Seguridad Social en Salud en Antioquia 1999-2002*, la cual es financiada por la Universidad de Antioquia y la Escuela de Gobierno y Políticas Públicas de Antioquia.

Información institucional:

Rector:

Alberto Uribe Correa.

Decano de la Facultad de Ciencias Económicas:

John Cardona Arteaga.

Director del CIE:

Mauricio Alviar Ramírez.

Investigadores del Grupo de Economía de la Salud GES:

Jairo Humberto Restrepo Zea.
(Coordinador)

jairo@catios.udea.edu.co

Johanna Vásquez Velásquez
jovasve@agustinianos.udea.edu.co

Elena del Corral Londoño
elenadelco@catios.udea.edu.co

Sandra Rodríguez Acosta
srodrig@agustinianos.udea.edu.com

Asistentes de investigación:

Lina Casas Bustamante

Karem Espinosa Echavarría

Estudiantes en formación:

Alba Yeinsy Londoño (Economía)

Didier González (Derecho)

Carlos Arturo Ortiz (Ingeniería)

Elaboración y edición de textos:

Lina Casas Bustamante

Karem Espinosa Echavarría

Jairo Humberto Restrepo Zea

Diseño y diagramación:

Santiago Ospina Gómez

E-mail: ges@agustinianos.udea.edu.co
<http://agustinianos.udea.edu.co/economia/ges>

Las ideas y opiniones aquí expresadas sólo comprometen al Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia, o a sus autores cuando sean artículos firmados.

