

La crisis de la salud en Colombia



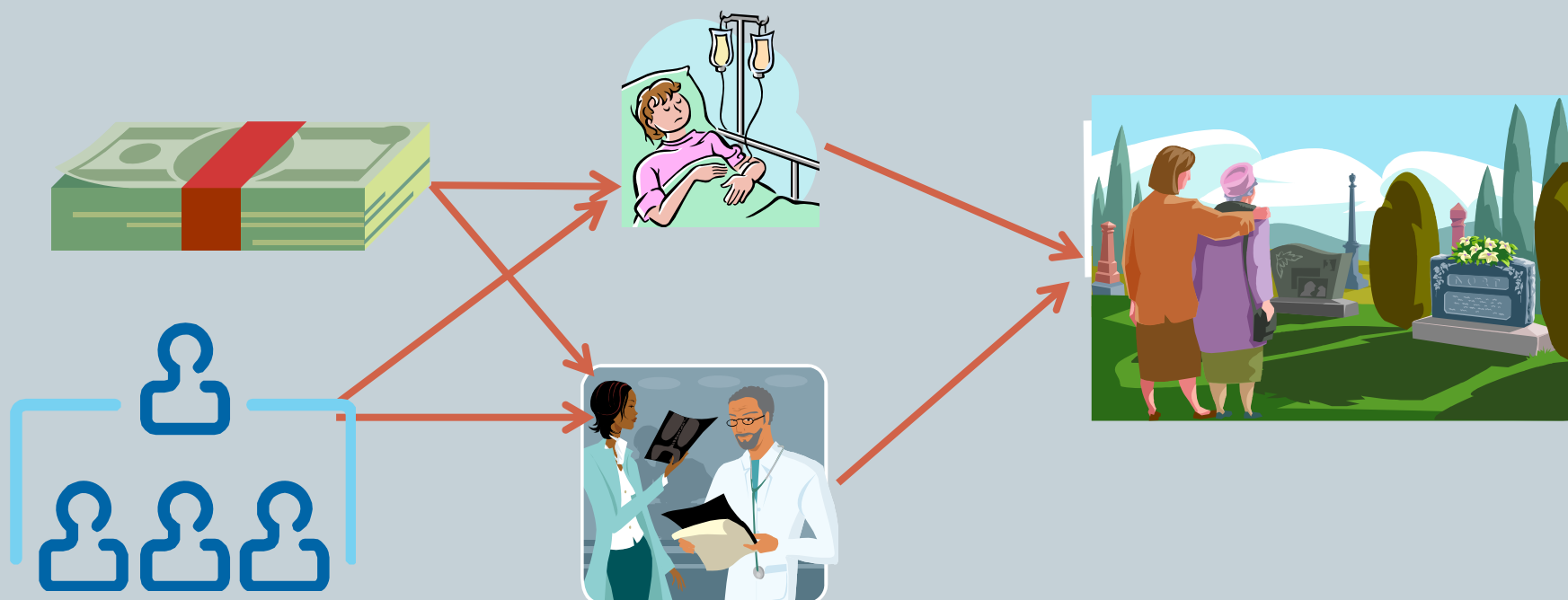
**BALANCE Y REFORMA DE LA LEY 100
AFADECO**

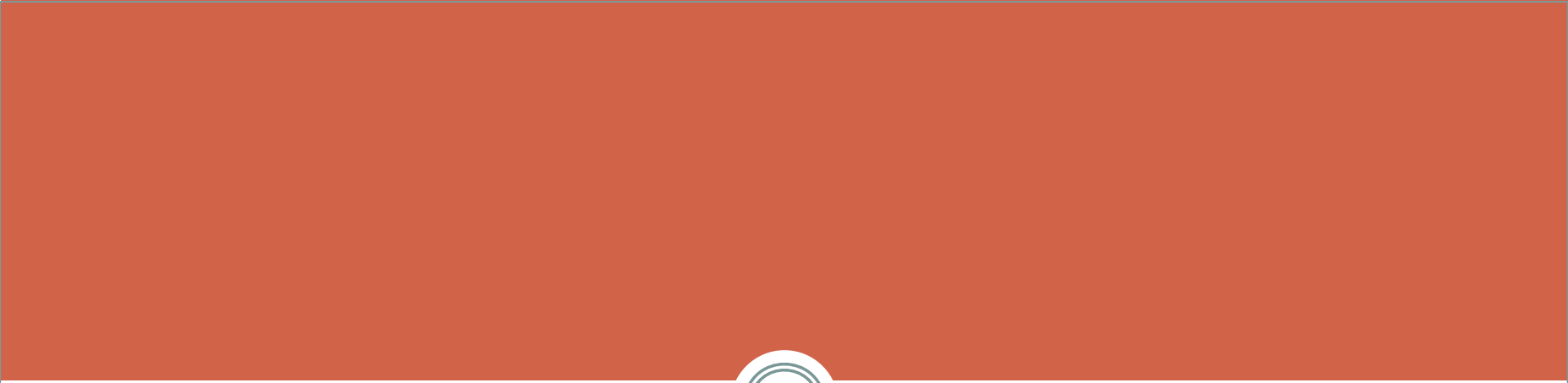
**FRANCISCO J. YEPES L
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y
ADMINISTRATIVAS. PUJ
MARZO 15 DE 2013**





Falla multisistémica

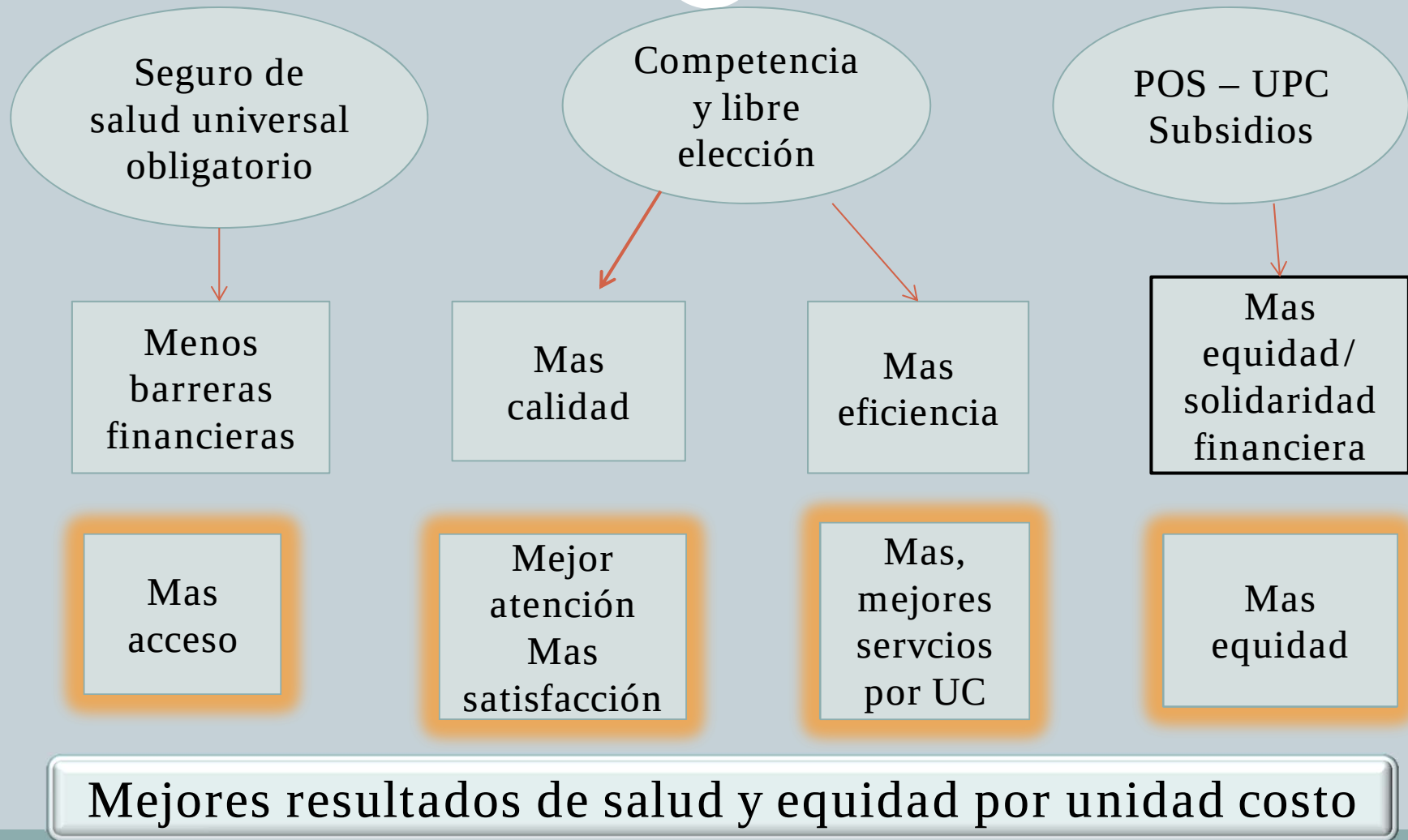


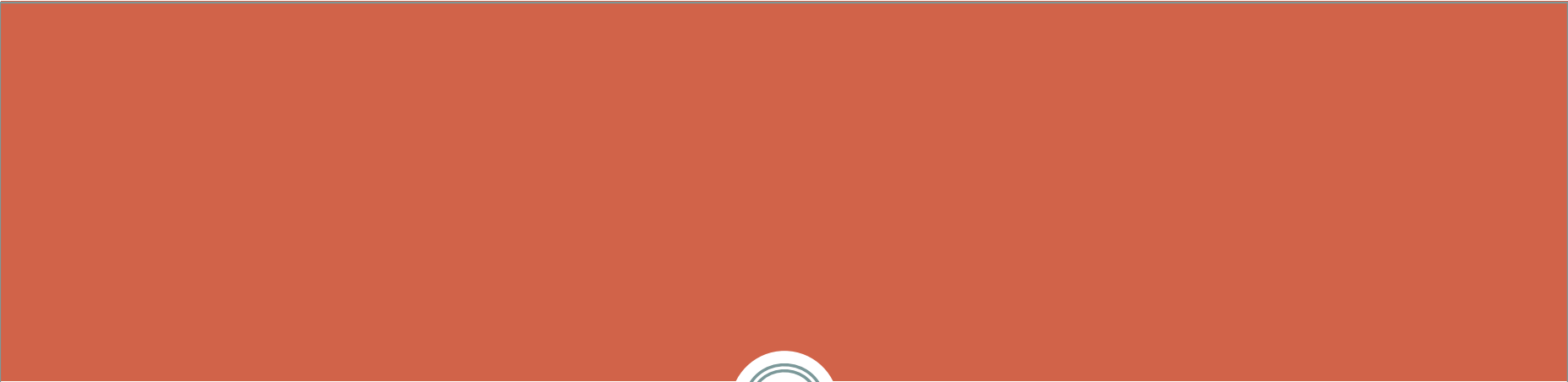


**¿Y POR QUÉ SE LLEGÓ A
ESTA SITUACIÓN, SI ERA
TAN BUENO?**



Modelo teórico





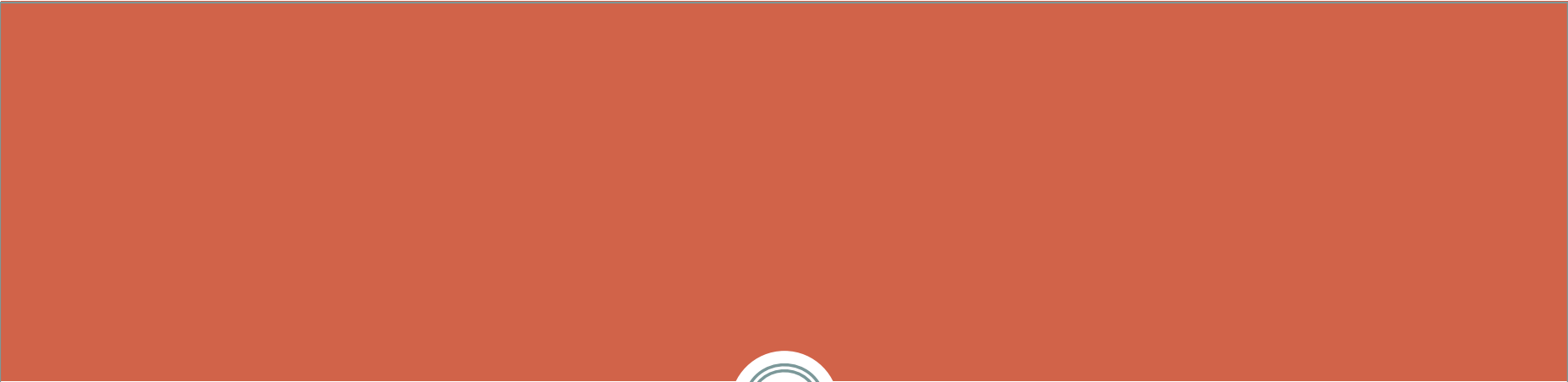
PERO QUE FALLÓ?



No se cumplieron los supuestos



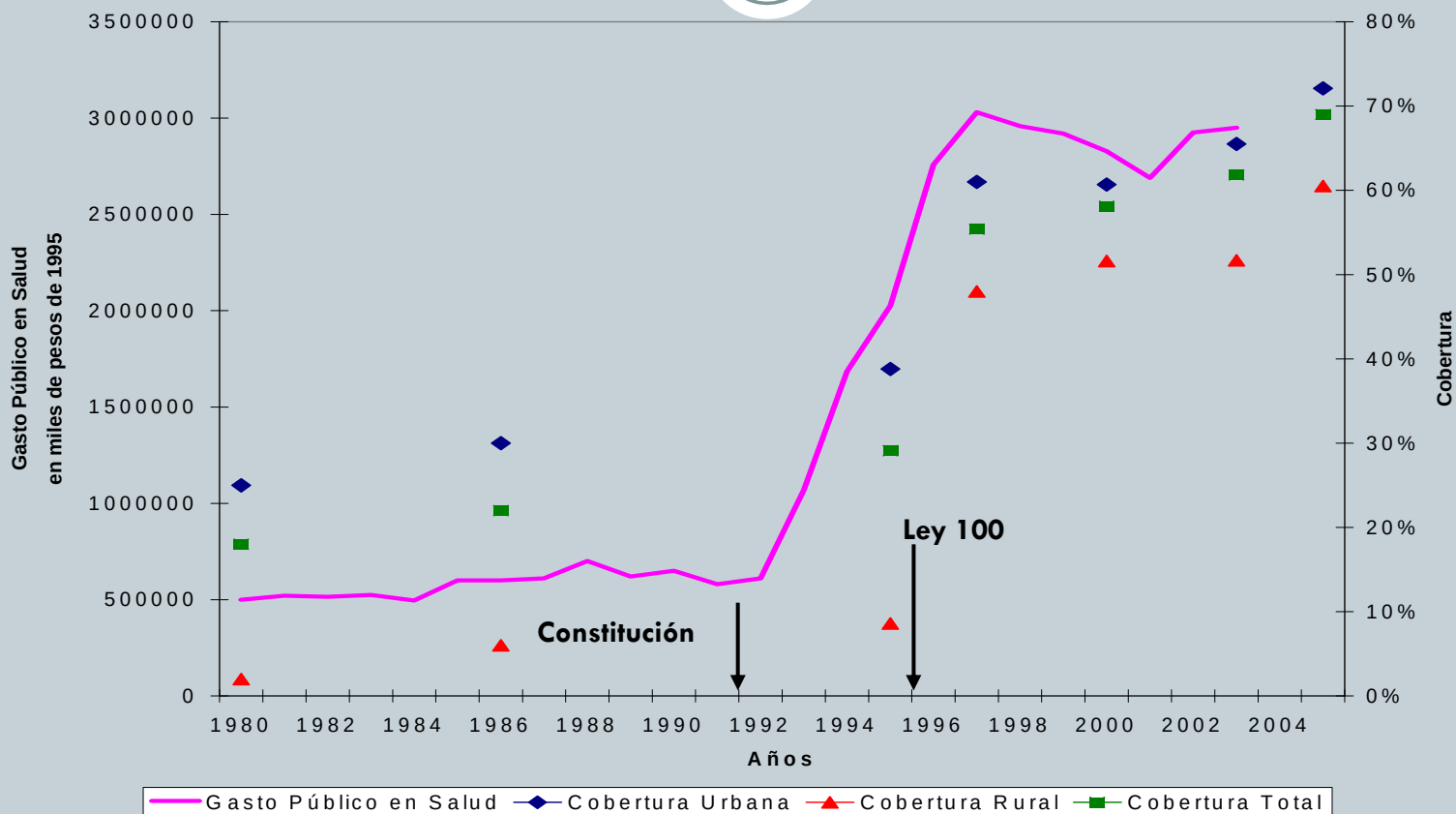
- **La competencia:** colusión, único proveedor, POS/UPC
- **La libre elección:** ampliación de periodos de permanencia, barreras administrativas
- **Reducción de barreras:** Para primera consulta
- **Mejor calidad:** Se sacrifico



LAS PRIMERAS ILUSIONES



Gasto público en salud y coberturas de aseguramiento en salud (miles de pesos de 1995)

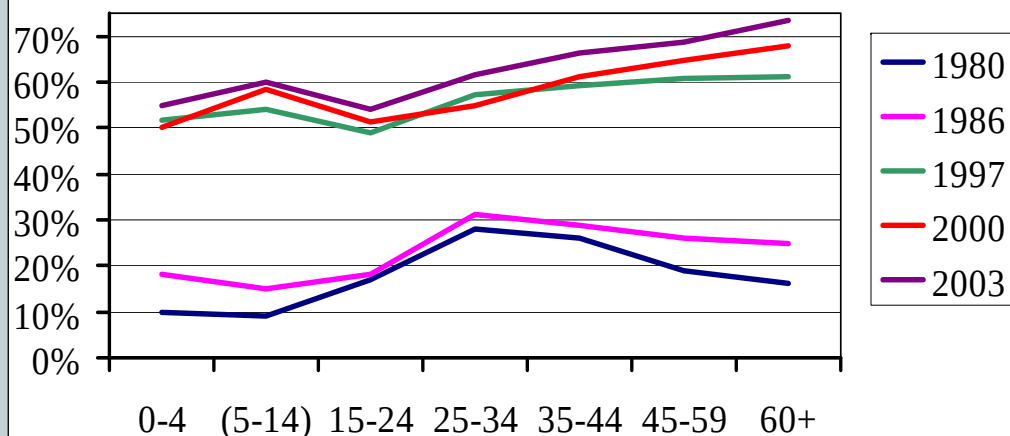


Fuente: : Cálculos de los autores a partir de Cuentas de Salud e informes de la Contraloría General de la Nación. (Gasto público en salud 1980 y 1986); Estudios Nacionales de Salud (cobertura 1980 y 1986); Encuesta Nacional de Demografía y Salud (cobertura 1995, 2000 y 2005); Encuestas de Calidad de Vida (cobertura 1997 y 2003)

Mejora la equidad en el aseguramiento

10

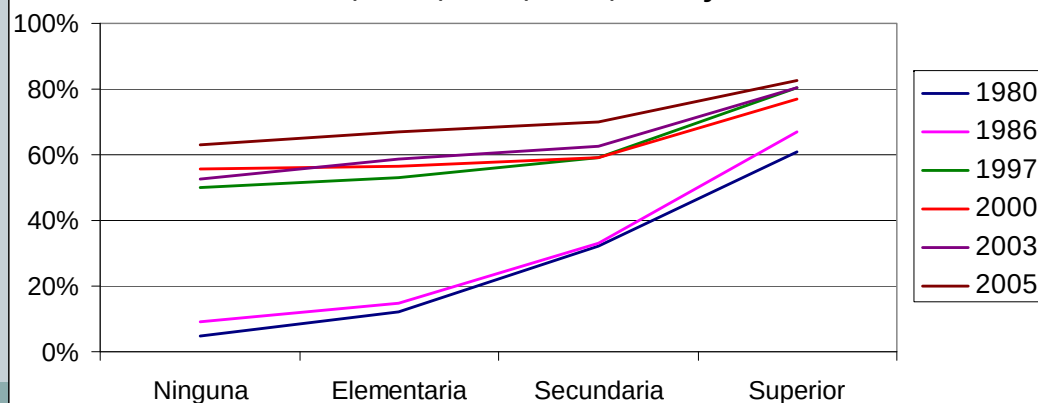
Cobertura de Seguridad Social en Salud por Edad
1980, 1986, 1997, 2000 y 2003



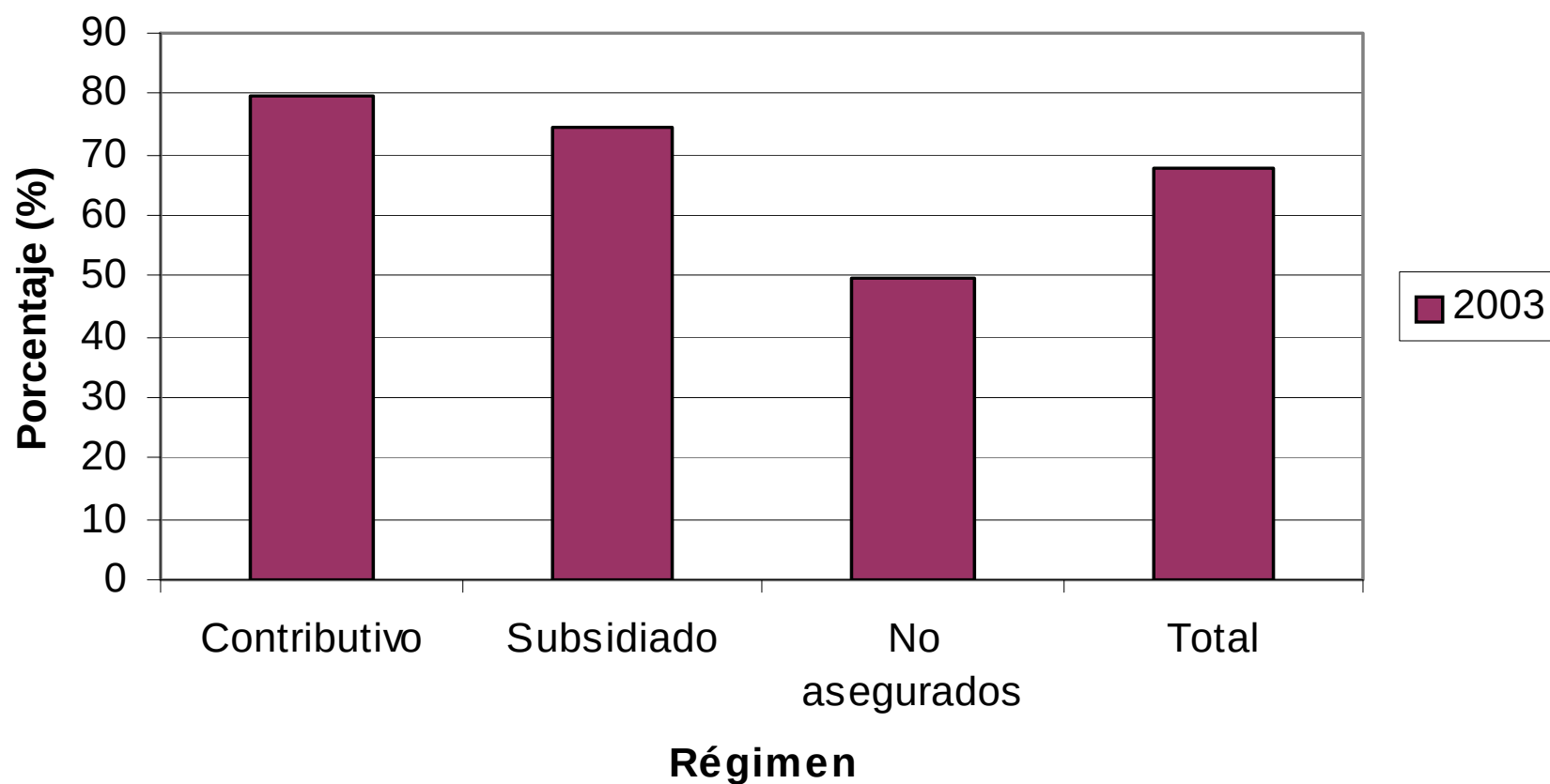
Mayor equidad
Las diferencias
disminuyen con
la reforma,
pero...

Fuente: Yepes F. J., Ramírez M. y col. Evaluación del impacto de los programas de ajuste macroeconómico sobre la salud. El caso de Colombia. Cifras actualizadas

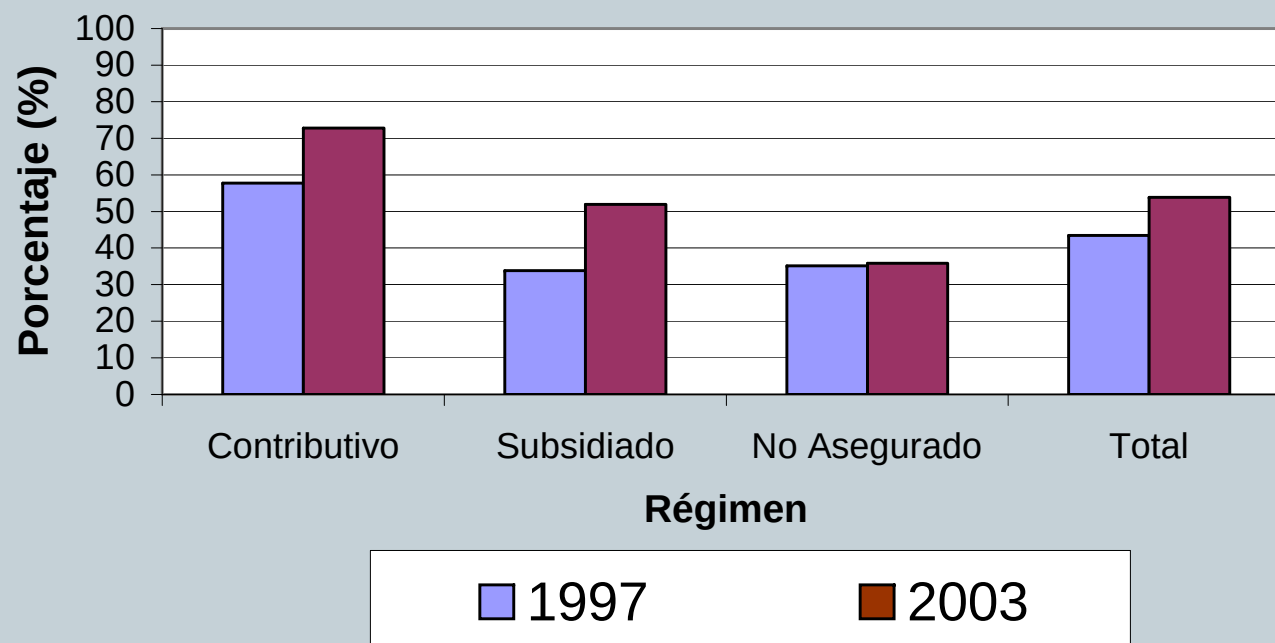
Cobertura de Seguridad Social en Salud por Educación
1980, 1986, 1997, 2000, 2003 y 2005



Los asegurados tienen mayor acceso a consulta cuando se sienten enfermos



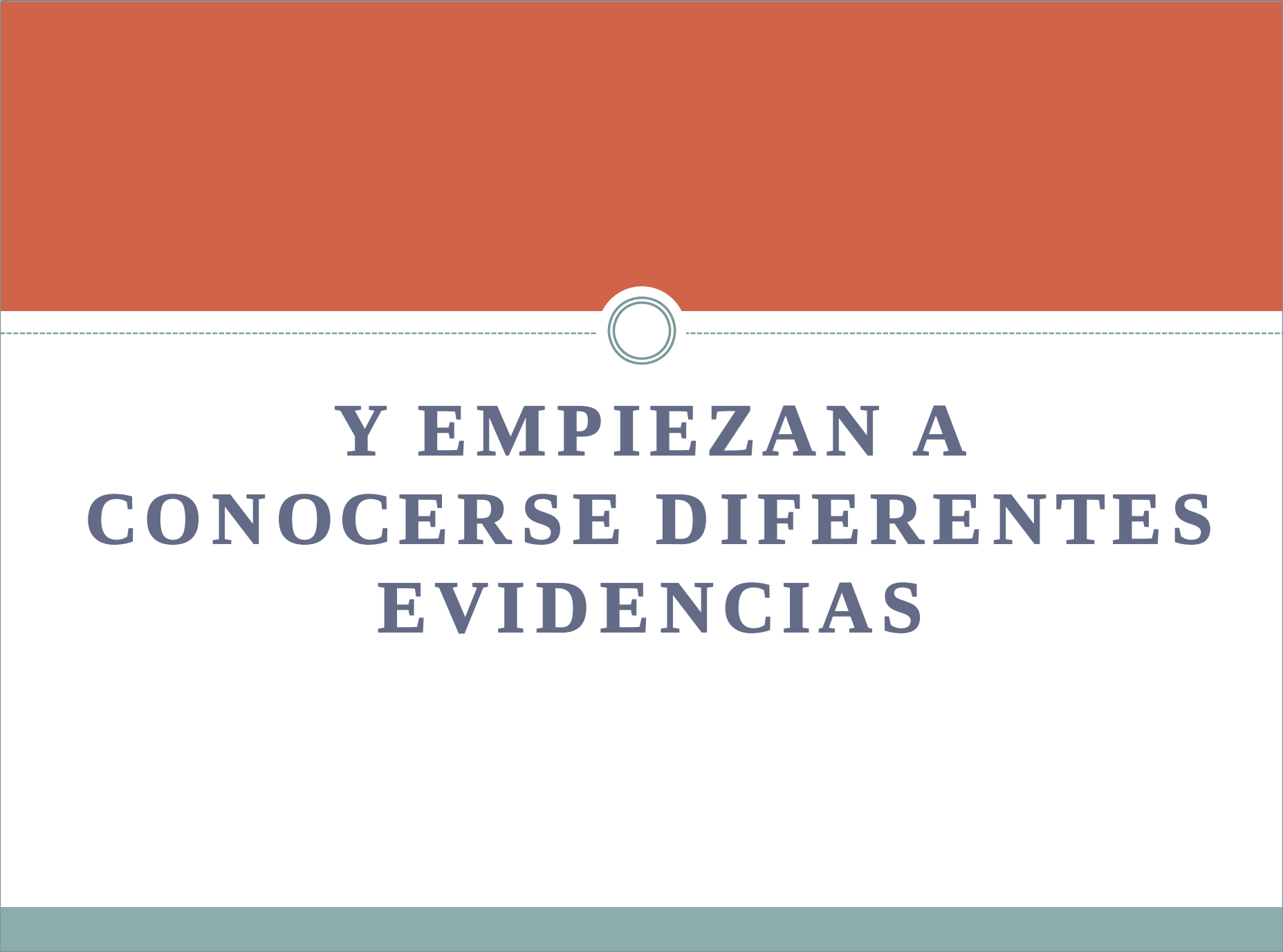
Aumento en la consulta de sano en los asegurados



Pero...

- Las ECV dan información sobre las consultas de primera vez, pero no sobre las subsiguientes.
- La cobertura no se ha medido en unidades equivalentes.
 - Régimen subsidiado solo 40% de la UPC (-10 puntos de cobertura)

Cobertura de aseguramiento anterior a ley 100 (23%) vs. acceso a servicios de salud (público y privado)



**Y EMPIEZAN A
CONOCERSE DIFERENTES
EVIDENCIAS**

Mortalidad evitable 1985-2001



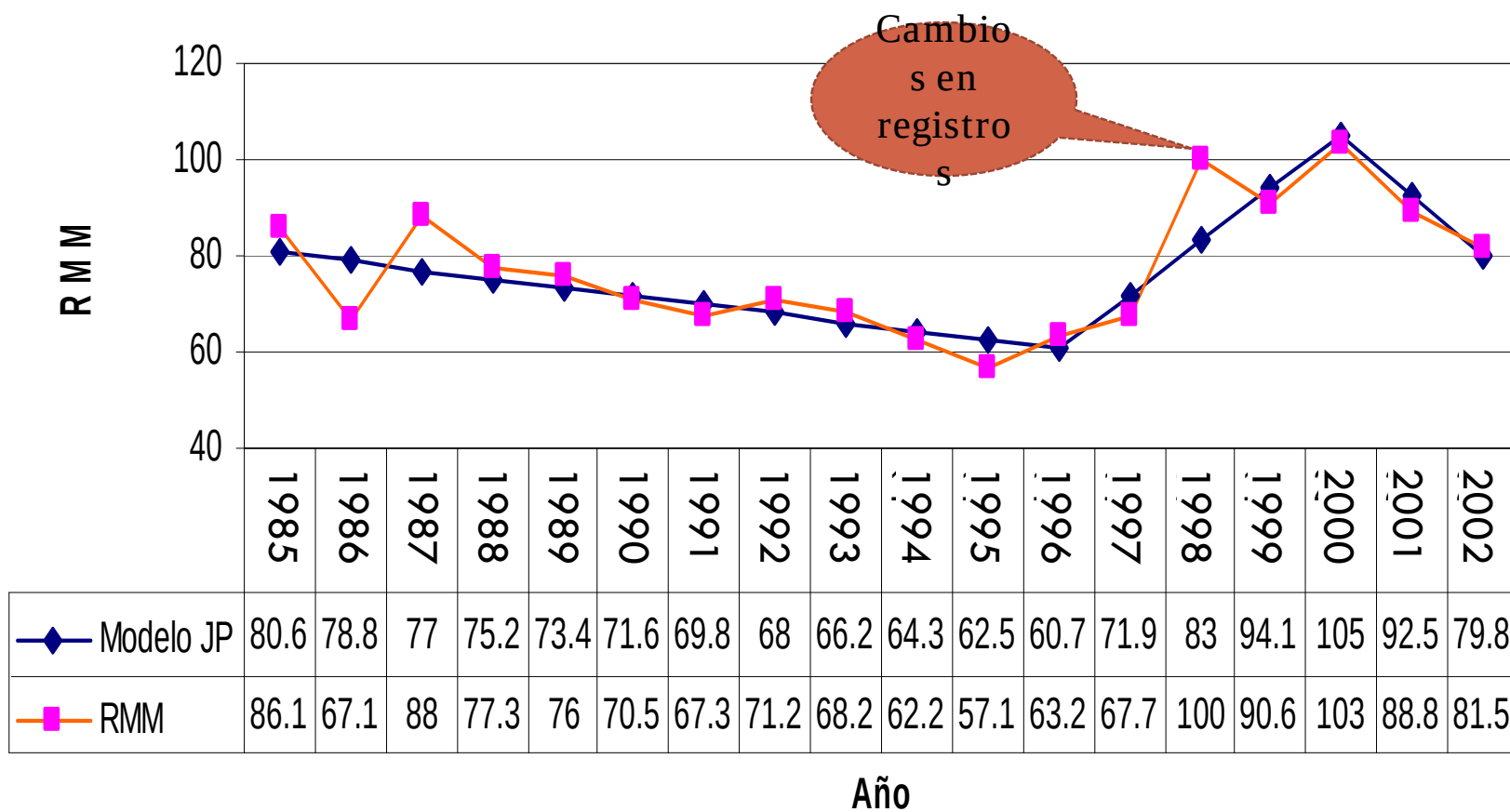


- *Causas que venían en descenso y cuya disminución se desacelera desde comienzos de los 90: EDA, IRA, TBC.*
- *Causas que venían disminuyendo y viran al aumento a principios de los 90: tosferina, dengue, desnutrición, causas obstétricas, malaria.*

Mortalidad Materna

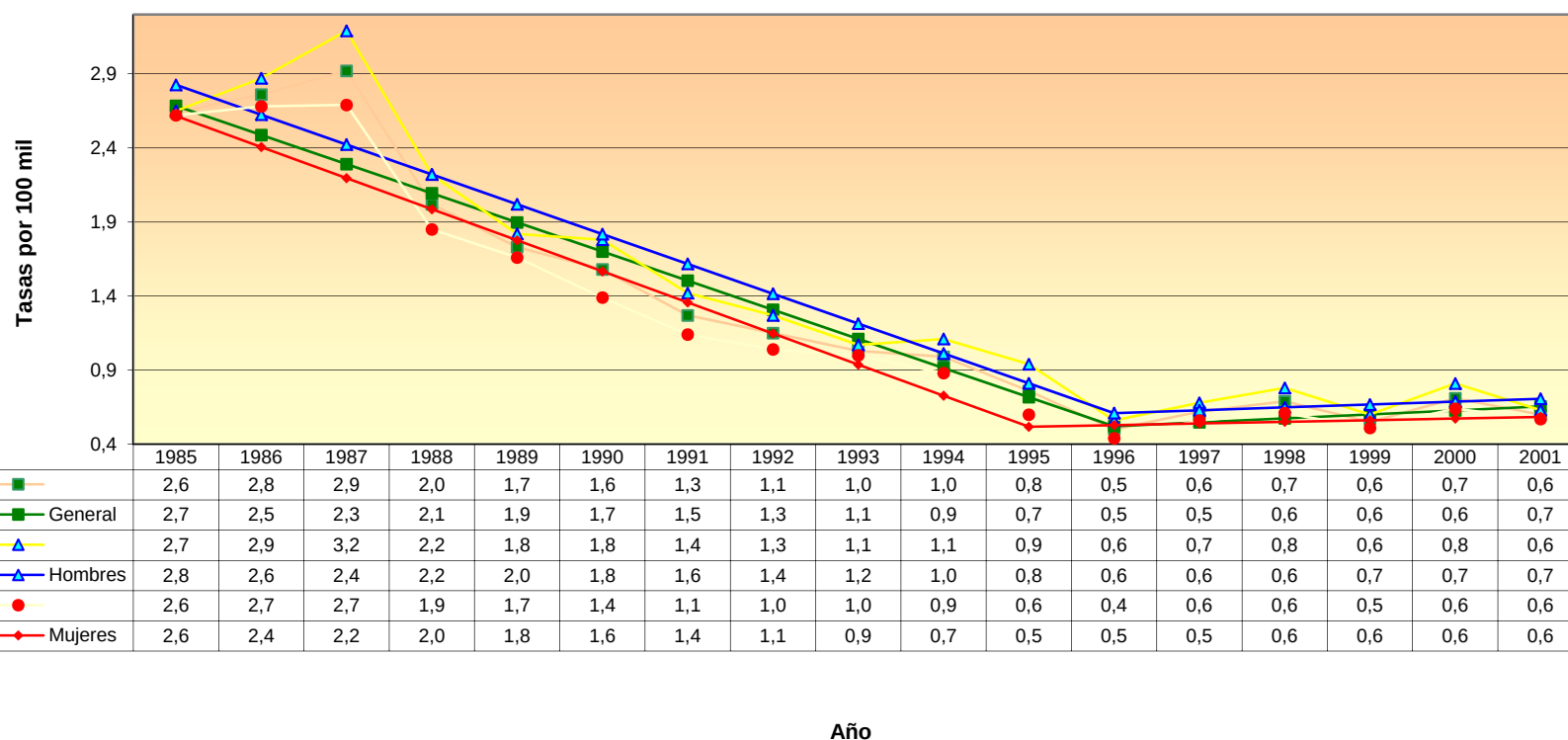
17

**Razón de Mortalidad Materna RMM por 100 mil nacidos vivos.
Modelación de Jointpoint. Colombia. 1985-2002**



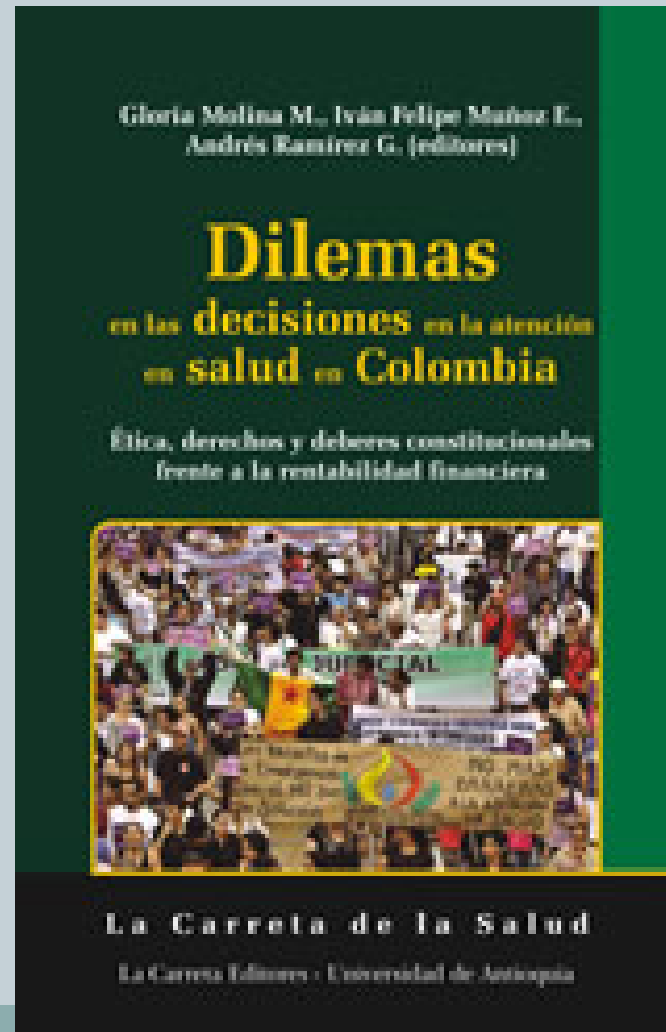
Tendencia de la mortalidad evitable por prevención primaria. Análisis de jointpoint por sexos. Colombia

1985-2001



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

Dilemas éticos

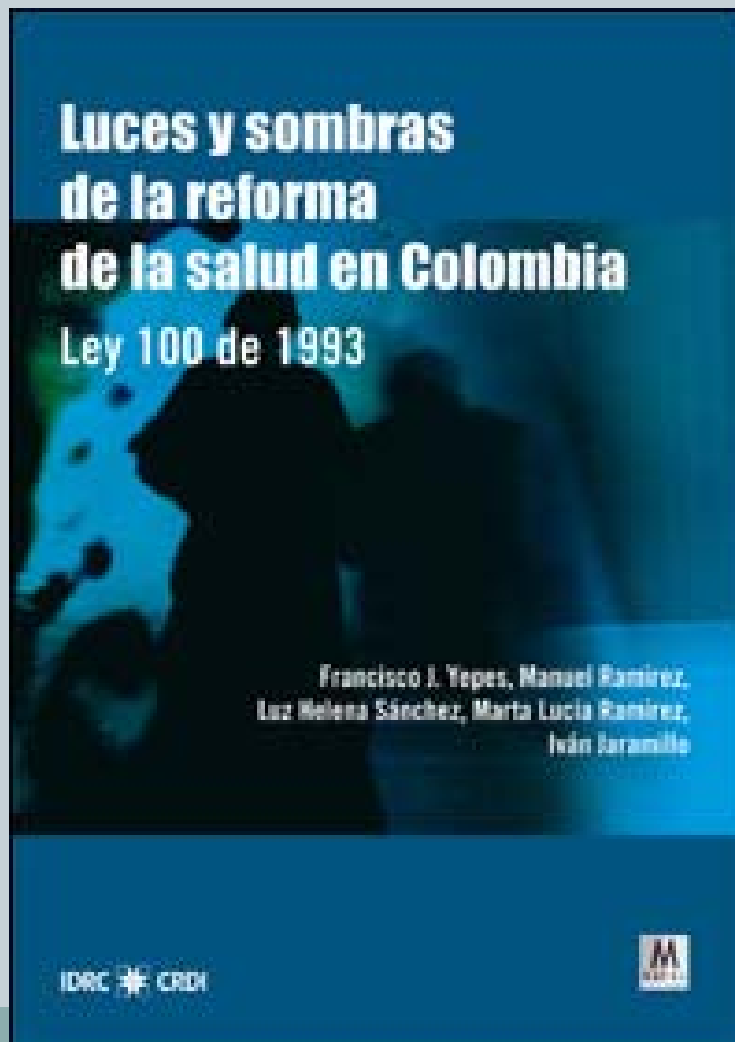


La negación de servicios por las EPS



- Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud. Período 2006-2008
- Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud. 2009
- Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud. 2010
- Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud. 2011

Lo bueno, lo malo y lo feo



104
publicaciones
entre 2000 y
2008

Signos de alarma

Pérdidas

- 1. Estancamiento en ganancias ó deterioro de importantes indicadores de salud a partir de 1994-95
- 2. Reducción en coberturas de vacunación a partir de 1996
- 3. Pérdida de la capacidad institucional en Salud Pública
- 4. Predominancia de objetivos financieros sobre objetivos de salud

Problemas

1. El fraccionamiento de la atención
2. El desequilibrio de incentivos
3. El flujo de fondos
4. La deficiente calidad de la atención
5. Persistencia de inequidades en resultados de salud, acceso y uso de servicios por zona e ingreso en contra de la zona rural y de los grupos de menores ingresos.
6. Baja capacidad de gestión de las Direcciones locales de Salud

Una comparación internacional

- International Journal for Equity in Health
- **The quest for equity in Latin America: a comparative analysis of the health care reforms in Brazil and Colombia**
- *International Journal for Equity in Health* 2012,
- Roberto JF Esteves **ISSN 1475-9276**

- Mortalidad general, infantil, menores de cinco y expectativa de vida.

This study has found that the health care reforms of the late 1980s in Brazil and early 1990s in Colombia do not seem to have had a positive impact in improving the crude mortality rate, the infant mortality rate, the under-five mortality rate or life expectancy when controlled for the underlying historical time trend.

La otra evidencia

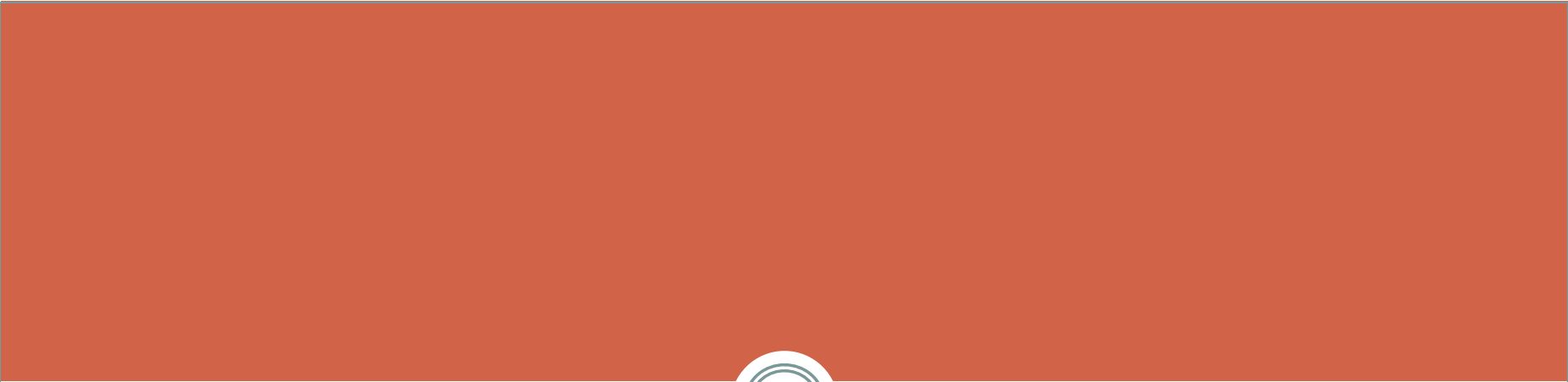
- **Las tutelas:** “Cada cinco minutos hay una tutela en el sector de la salud” El Tiempo, 4 de agosto 2012
- **El paseo de la muerte:** Bebé es víctima de paseo de la muerte. El Universal 6 de Febrero de 2013
- **La congestión de las urgencias:** 'Urgencias están hoy colapsadas': nuevo director encargado del Crue El Tiempo, 11 de marzo , 2013
- **La mortalidad por cáncer infantil:** En el país, cada año hay 1.500 nuevos casos diagnosticados en menores de 16 años y solo sobreviven 40 de cada 100, mientras que en el mundo 70 de cada 100 derrotan la enfermedad. Revista Semana, 7 de marzo, 2013

La evidencia disponible



- *In policy making however, the nature of evidence is not exactly the same as in evidence based medicine. It covers “not only the few reports of controlled trials but also sociological studies and the whole range of observational, descriptive and analytical literature on policy interventions”[\[1\]](#)*

- [\[1\]](#) Kemm John. The limitations of evidence based public health. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 12, 3, 319-324, 2006



**A PESAR DE LAS
EVIDENCIAS EN
CONTRA**



La visión rosa

• **From Few to Many**

Ten Years of
Health Insurance
Expansion in
Colombia

Amanda L. Glassman
María-Luisa Escobar
Antonio Giuffrida
Ursula Gledion
Editors



BROOKINGS

- This book bridges that gap in the case of health reform by underscoring one of the most impressive accomplishments in the developing world. Although the Colombian reform still has many challenges, the book is a tool kit for those interested in improving the efficiency and equity in the delivery of health services.”
- Mauricio Cárdenas

Un llamado de atención



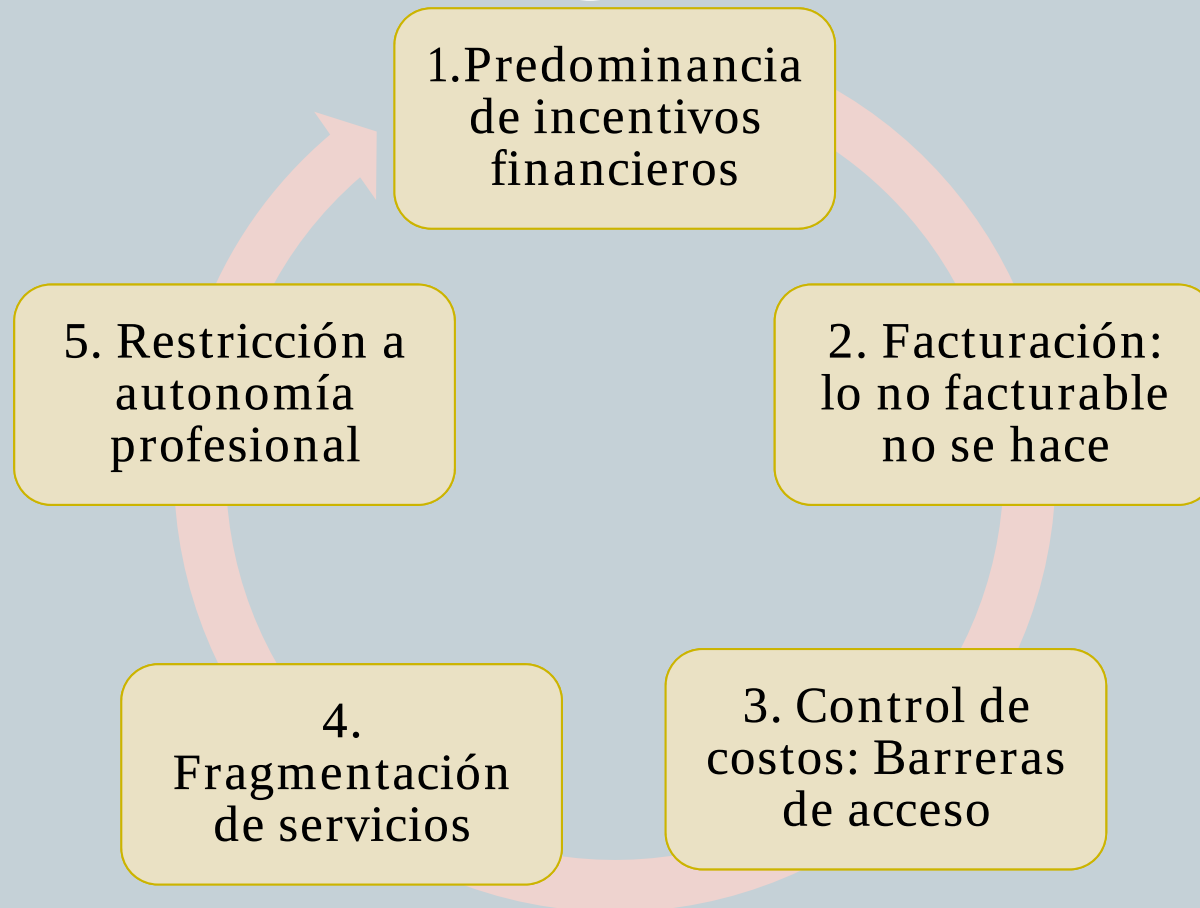
- Se necesita rigor metodológico
- Uso comparativo de tasas sin estandarizar
- Uso de series de tiempo sin controlar por efecto de tendencias seculares
- Análisis de quiebres en tendencias sin tener en cuenta su significancia estadística

En que nos equivocamos

1. Modelo de cuidado médico inapropiado
2. Sistema de incentivos desequilibrado
3. Pago anticipado (UPC) a las EPS, sin control de resultados en salud
4. Negligencia y complicidad del gobierno

El ciclo de la mala calidad

30





HACIA UNA REFORMA INTEGRAL

***UN ELEMENTO DE
REFLEXIÓN***

Objetivo del Sistema de Salud

- Un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo **principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud. (OMS)**

Un modelo de cuidado de la salud



¿Hay una mejor forma de llevar a cabo actividades para mejorar la salud?



Un principio director debe ser cómo maximizar el logro del derecho a la salud y no como restringirlo.



- Necesitamos diseñar un sistema centrípeto no uno centrífugo.
- Un sistema que busque al usuario y promueva su contacto con el sistema, NO un sistema que rechace.
- Un sistema que garantice permanencia y continuidad en la relación médico / equipo de salud – usuario.

Un gran olvido



- ¿Podemos pensar en proponer y sacar adelante un modelo de cuidado de la salud técnicamente sólido y económicamente viable?
- Se requiere una política de educación médica

Ejemplos



- ✦ NHS del Reino Unido
- ✦ Kaiser Permanente de USA