

La responsabilidad de las aseguradoras del sistema general de seguridad social en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

Responsibility of insurance companies of the Social Security General System in health promotion and disease prevention

Blanca Myriam Chávez G.¹

Resumen

En este artículo se hace un análisis de los conceptos relacionados en las normas que han sido adoptadas por el Sistema General de Seguridad Social Integral en Colombia, sobre promoción y prevención, desde 1993 —cuando fue aprobada la ley 100— hasta el año 2000. Las normas revisadas corresponden a las disposiciones vigentes emanadas del Ministerio de Salud y del Consejo Nacional de Seguridad Social. En ellas se establecen las definiciones y decisiones sobre las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de responsabilidad de las aseguradoras, para garantizar el Plan Obligatorio de Salud y se detectan inconsistencias entre los conceptos establecidos en las normas y las actividades definidas en ellas. Igualmente se observa un favoritismo normativo por parte de los organismos de dirección del sistema hacia las aseguradoras en detrimento de la salud de los afiliados.

Palabras clave

Sistema General de Seguridad Social en Salud, aseguradoras, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, Ley 100 de 1993.

Abstract

This paper analyses the official resolutions related to health promotion and disease prevention that have been approved since 1993, when the Law 100 that created the Social

¹ Profesora, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

E-mail: myro@guajiros.udea.edu.co.

Fecha de recibido: 4 de agosto de 2001. Fecha de aceptado: 13 de septiembre de 2001.

Security Health System was issued, until the year 2000. The resolutions analyzed are the current available emanated from the Ministry of Health and of the Social Security National Council. Those resolutions contain the definitions and decisions about health promotion and disease prevention actions that must be taken by the insurance companies to guarantee the provision of the Compulsory Health Plan. Inconsistencies between the concepts established and activities defined in the act were detected. Also, a favoritism of the Direction Board of the Health System towards the insurance entities and those that are intermediaries in the regulation system is observed; such bias produces a negative effect in the health of those affiliated to the system.

Key words

Social Security General System in Health, insurance boards, norms, health promotion, prevention of disease, Law 100 of 1993.

Introducción

Las acciones de promoción y prevención de responsabilidad de las aseguradoras están inmersas en el contexto de la Reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, que introdujo actores diferentes a los contemplados en el anterior Sistema Nacional de Salud, como son las empresas promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado y las entidades adaptadas en salud, en quienes se delegó la implementación y el desarrollo de las acciones de promoción y prevención contempladas en el Plan Obligatorio de Salud. Asimismo se revisa la diferente reglamentación sobre este tema, se explicitan las inconsistencias encontradas y se evidencia que después de ocho años de haberse puesto en marcha la Reforma, existen dificultades para el cabal cumplimiento de las acciones por parte de las aseguradoras.

Desarrollo

Si “la salud pública está determinada por el tipo de organización social y económica vigente en el país, que influyen en ella el grado de riqueza o de pobreza y la forma como se encuentran repartidas, y que además, depende del desarrollo del conocimiento y de la tecnología, de las concepciones sobre salud y enfermedad, del tipo de problemas de salud y de la responsabilidad que asuma la sociedad sobre ellos”¹ y si “la seguridad social se define como un conjunto de acciones y servicios que permiten al individuo enfrentar una serie de contingencias previsibles como la enfermedad, el desempleo, la invalidez y la muerte, de tal manera que por causa de esos riesgos no pierda su calidad de vida.”² ambos conceptos pueden diferenciarse claramente así:

“La salud pública ha trajinado fundamentalmente con categorías filosófico-conceptuales universales que buscan establecer las condiciones de organización social de la humanidad que le permita a todos los hombres y mujeres vivir sus vidas gratificante satisfactoriamente y, en tanto que la seguridad social está referida a las acciones concretas que grupos de

personas o estados en representación de ellas deciden ejecutar en tiempos y espacios definidos para aproximarse al logro de los ideales que ha sugerido la salud pública. La salud pública no se agota en las disposiciones que en materia de seguridad social adopta cada Estado. La salud pública tiene que atender al ordenamiento global de la sociedad para hacer sostenible la salud y la vida como categorías universales y la realidad fáctica es que las normatividades de seguridad social generalmente están circunscritas a aspectos parciales”.³

Lo expuesto pone en evidencia que en Colombia la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud solo se aproxima a la organización institucional de los servicios de salud, en los cuales, de manera tangencial, se habla de acciones de promoción y prevención con una comprensión estrecha del proceso de salud-enfermedad, alejándose de la salud pública y del concepto integral de seguridad social.

El Congreso de la República de Colombia mediante la Ley 100 de 1993 crea el Sistema General de Seguridad Social Integral y en su preámbulo define la seguridad social integral como: “el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”.⁴

El Sistema General de Seguridad Social Integral definido en la ley establece los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación y los objetivos del sistema, que consisten en regular el servicio público esencial de salud y crear las condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

En el régimen de beneficios se define el Plan Obligatorio de Salud, que permite la protección integral de las familias en la maternidad y la enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad definidas por el sistema. Además se asigna al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud la responsabilidad de actualizar el Plan Obligatorio de Salud de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

En el título II de la Ley 100 se establece la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en el capítulo I, lo relacionado con las funciones, requisitos obligaciones de las empresas promotoras de salud, cuya función básica es organizar y garantizar directa e indirectamente la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados. Por ello se expidió en 1994 la resolución 5261,⁵ en la cual se establece el manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de

Seguridad Social en Salud. Este plan ha de ser prestado en todos los municipios de Colombia por todas aquellas instituciones y personas de carácter público, privado o de economía mixta.

El plan de responsabilidad de las entidades promotoras de salud debe ser ofrecido en aquellas instituciones prestadoras de servicios de salud con las que cada empresa promotora de salud establezca convenios de prestación de servicios de salud o, sin convenio, en cualquier institución prestadora de servicios de salud en los casos especiales contemplados en la norma.

Con respecto a la promoción y a la prevención en el Plan Obligatorio de Salud en la anterior resolución, se establecen las acciones intra y extramurales de promoción, prevención y control y se definen para el primer nivel de atención las siguientes actividades: crecimiento y desarrollo, estimulación del desarrollo, valoración de la agudeza visual y auditiva, citología oncológica o tumoral, planificación familiar, prevención oral, educación alimentaria individual y comunitaria, control prenatal, atención del parto y posparto y las complicaciones, control del paciente con enfermedad diarreica aguda, control del paciente con hipertensión arterial, control del paciente con infección respiratoria aguda, control del paciente con enfermedades de transmisión sexual, educación para la salud en escolares y madres, programas de desparasitación escolar, programas de control de riesgos coronarios y otras que se establezcan para tal fin.

También se plantea la inscripción obligatoria en las guías de atención integral para las principales enfermedades en razón del perfil de morbimortalidad y del costo- efectividad de sus tratamientos, que deberán contener, sin excepción, actividades de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad específica, y que deja en manos del Ministerio de Salud la responsabilidad para elaborar las guías de atención de obligatorio cumplimiento.

Mediante la Resolución 3997⁶ de 1996, el Ministerio de Salud expide las normas técnicas y administrativas de obligatorio cumplimiento para las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas en salud, las administradoras del régimen subsidiado, las instituciones prestadoras de salud y las direcciones seccionales, distritales y municipales de salud. En ella se define la promoción de la salud como la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud física, síquicas y sociales de los individuos y las colectividades. También, define la prevención de la enfermedad como el conjunto de acciones que tienen como fin la identificación, el control y la reducción de los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento para evitar que la enfermedad se presente, se prolongue y ocasione daños mayores o genere secuelas evitables. Aquí se encuentra una de las inconsistencias entre las definiciones de promoción y prevención y los once programas de carácter preventivo establecidos en esta resolución:

1. Programa de prevención de las alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños menores de doce años.
2. Programas de prevención de las alteraciones sensoriales mediante acciones de manejo de la salud visual y auditiva en menores de doce años.
3. Programas de prevención de infección respiratoria aguda en menores de cinco años.
4. Programa de prevención de enfermedades inmunoprevenibles definidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones.
5. Programa de prevención de alteraciones del crecimiento del aparato estomatólogo, de caries y enfermedad periodontal mediante la utilización de sellantes, fluorización y medidas de higiene oral.
6. Programas de prevención de las enfermedades relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio.
7. Programa de prevención de las enfermedades de transmisión sexual, infección por VIH-Sida.
8. Programa de prevención de enfermedades cardio-cerebro-vasculares.
9. Programas de prevención del cáncer, especialmente los de cuello uterino, mama y estómago.
10. Programas de prevención del tabaquismo, el alcoholismo y la farmacodependencia.
11. Programas de prevención de las complicaciones de las enfermedades crónicas y degenerativas.

Llama la atención que en los artículos 3 y 4 de esta resolución se define la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad de manera adecuada teniendo en cuenta el proceso de salud-enfermedad y que en esta misma norma, en el artículo 6, se establezcan once programas de prevención de la enfermedad y se descarte la promoción de la salud. Son incoherentes los conceptos frente a las normas y se generan ambigüedades en los términos, en las acciones y en las responsabilidades de las empresas promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado y las entidades adaptadas y se marca la participación exclusiva del sector salud en estas actividades, negando la posibilidad de un trabajo intersectorial dirigido desde las autoridades nacionales en salud que privilegie el bienestar de la comunidad.

Desde 1993 hasta 1998, el desarrollo de las acciones de prevención era precario, según mostró la investigación de municipios centinela,⁷ realizada en veinte municipios de Colombia, en la cual se encontró, entre otras cosas, que las empresas promotoras de salud y las administradoras de régimen subsidiado no habían contratado estas actividades con las instituciones prestadoras de servicios de salud de la zona y tampoco las prestaban directamente; no existía información sobre las actividades programadas y ejecutadas de promoción y prevención, lo cual llevó a concluir que había incumplimiento por parte de estas instituciones.

Entonces el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en el mismo año determinó, mediante el Acuerdo 117,⁸ el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de la demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública por las aseguradoras, las cuales eran las responsables de su cumplimiento. Para

mayor comprensión y aplicación por parte de estas entidades, supuestamente, el Consejo, en el artículo 2 del mismo acuerdo definió lo que se considera la demanda inducida, la protección específica, la detección temprana y las enfermedades de interés en salud pública. Si se relaciona el Acuerdo 117 con la Resolución 3997, se observa que la terminología cambió y se adoptó una nueva agrupación de los programas y actividades:

Protección específica.

- Vacunación según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
- Atención preventiva en salud bucal.
- Atención del parto.
- Atención al recién nacido.
- Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres.
- Detección temprana.
- Alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años).
- Alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años).
- Alteraciones del embarazo.
- Alteraciones en el adulto (mayores de 45 años).
- Cáncer de cuello uterino.
- Cáncer de seno.
- Alteraciones de la agudeza visual (en este programa suprimen en forma consciente o no las alteraciones de la agudeza auditiva).

Atención de enfermedades de interés en salud pública.

- Bajo peso al nacer.
- Alteraciones asociadas a la nutrición (desnutrición proteico-calórica y obesidad).
- Infección respiratoria aguda en menores de cinco años: alta: (otitis media, laringitis estreptocócica, laringotraqueítis) y baja (bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía).
- Enfermedad diarreica aguda/cólera.
- Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar.
- Meningitis meningocócica.
- Asma bronquial.
- Síndrome convulsivo.
- Fiebre reumática.
- Vicios de refracción, estrabismo y cataratas.
- Enfermedades de transmisión sexual (infección gonocócica, sífilis y VIH).
- Hipertensión arterial.
- Hipertensión arterial y hemorragias asociadas al embarazo.
- Menor y mujer maltratados.
- Diabetes juvenil y del adulto.
- Lesiones preneoplásicas de cuello uterino.
- Lepra.

- Malaria.
- Leishmaniasis cutánea y visceral.
- Fiebre amarilla.

Al comparar otros aspectos se encuentra que el acuerdo no contempla el programa 10 del artículo 6 de la Resolución 3997 que se refiere a los programas de prevención del tabaquismo, el alcoholismo y la farmacodependencia; del programa 2 del mismo artículo de la resolución se retira el programa de prevención de la agudeza auditiva; también el programa 11, sobre prevención de las complicaciones de las enfermedades crónicas y degenerativas, no contempla las enfermedades osteoarticulares, la disritmia cerebral, la búsqueda de sintomáticos respiratorios y sintomáticos de piel y la orientación para enfrentar la invalidez, las enfermedades terminales y la muerte, que sí estaban en la resolución mencionada. Se observan, entonces, nuevas inconsistencias en las normas.

En cambio, en el Acuerdo 117 se adicionan los programas de alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años), y alteraciones en el adulto mayor de 45 años, el menor y la mujer maltratados. En cuanto a las enfermedades de interés en salud pública, lista como adicionales la meningitis meningocócica, el asma bronquial, la lepra, el dengue, la leishmaniosis cutánea y la visceral que no estaban explícitas en la anterior resolución, otra inconsistencia para tener en cuenta que afecta el desarrollo de las actividades por los aseguradores en beneficio de los afiliados.

En el acuerdo, el Consejo le da un plazo máximo de cuatro meses al Ministerio de Salud para elaborar estudios técnicos que permitan determinar las actividades, procedimientos e intervenciones indicadas para la protección específica, la detección temprana y las enfermedades de interés en salud pública y, con base en tales estudios, elaborar las normas técnicas y guías de atención. Pasados dos años, el Ministerio expide las normas técnicas y las guías de atención en la Resolución 412⁹ de febrero de 2000, mediante la cual se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y las enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas en salud y las administradoras del régimen subsidiado.

A pesar del esfuerzo del Ministerio del Salud, esta resolución tampoco fue aplicada por las instituciones responsables de estas acciones porque el Ministerio incluyó en las guías algunos exámenes y procedimientos no contenidos en los planes de beneficios. Por esta razón, las empresas promotoras de salud y las administradoras del régimen subsidiado no aceptaron las normas técnicas y las guías de atención. Para aclarar esta situación el Ministerio de Salud se tomó nueve meses más y al final del año 2000 expidió la Resolución 3384,¹⁰ que aclara las responsabilidades de estas instituciones.

Esta última resolución dice en uno de sus considerandos que para

“mantener el equilibrio económico del Sistema con los recursos de la unidad de pago por capitación general y la unidad de pago por capitación de promoción y prevención del régimen contributivo, así como la unidad de pago por capitación subsidiada, se necesita desarrollar un ajuste en las metas inicialmente definidas en las normas técnicas”

y también que

“para el seguimiento y evaluación de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento reglamentadas por la Resolución 412 de 2000 es preciso tener un desarrollo adecuado del Sistema Integral de Información en Salud, que garantice la implementación y el registro de las actividades cumplidas por las administradoras, tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado”.

Estos considerandos están favoreciendo la parte económica y de gestión de las aseguradoras, pero no consideran si hay o no beneficios para los afiliados.

También en esta norma se resuelve lo relacionado con las responsabilidades de las instituciones aseguradoras al establecer que las actividades, procedimientos, intervenciones, suministros y medicamentos establecidos en las normas técnicas y aquellas no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud no son de carácter obligatorio, por tanto las empresas promotoras de salud, las entidades adaptadas en salud y las administradoras del régimen subsidiado no son responsables de la realización ni de la financiación de los mismos. Pero sólo para el régimen subsidiado se aclara que no son de su responsabilidad: la vasectomía, la colposcopia, la biopsia de cuello uterino, la mamografía, la biopsia de mama y la consulta oftalmológica para mayores de 55 años. Y en cuanto a los medicamentos, tanto en el régimen contributivo como subsidiado, dice que se procederá según los Acuerdos 83 y 110 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Esto se puede entender porque las administradoras no van más allá de lo contemplado en los planes de beneficios contributivo y subsidiado. Pero lo difícil de entender es que el Ministerio de Salud haya tomado la decisión explícita en esta última resolución, para que las guías de atención, sean documentos técnicos de referencia y no de obligatorio cumplimiento. Sólo quedaron como de obligatorio cumplimiento las guías de atención para tuberculosis, lepra, leishmaniasis y malaria. Esta es otra de las inconsistencias normativas que parece favorecer a las aseguradoras al disminuir las responsabilidades de éstas en perjuicio de los afiliados.

Todo el trabajo realizado por el Ministerio sobre las normas técnicas y guías de atención se pierde y además se puede pensar que las empresas promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado y las entidades adaptadas en salud, se escudaban para el incumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones en la inexistencia de las normas técnicas y guías, pero una vez elaboradas éstas, no las aceptaron y el Ministerio

cedió ante las presiones de dichas entidades. Procedió, entonces, a reglamentar según la conveniencia de las aseguradoras, favoreciendo claramente sus intereses económicos en detrimento de la salud de los afiliados al sistema.

El Ministerio no indica que estas instituciones tengan que elaborar sus propias guías, quedando la labor del Ministerio como un trabajo infructuoso que no dio resultado benéfico en el sistema. Además, al pasar de una norma a la otra no se sabe si, de manera consciente o por error, se dejan de transcribir actividades de promoción y prevención que necesita la población afiliada; tal es el caso de la agudeza auditiva, que a pesar de estar contemplada en los planes no quedó incluida en la Resolución 3384, lo que puede indicar un favoritismo hacia las aseguradoras.

Otra de las inconsistencias se refiere a las denominaciones de las actividades de promoción y prevención incluidas en las diferentes normas por ejemplo: en la Resolución 5261/94 se denominan las acciones de promoción y prevención de la salud como intramurales y extramurales; en la Resolución 3997/96, como programas de prevención; en el Acuerdo 117/98 como acciones de protección específica, detección temprana y enfermedades de interés en salud pública; y en la Resolución 3384/00 se denominan como áreas de intervención y procedimientos en las que se encuentra lo relacionado con protección específica y detección temprana, quedando por fuera las enfermedades de interés en salud pública. ¿Qué busca el Ministerio con tanta denominación si en el fondo no se pretendía favorecer la salud de los colombianos?

En esta última resolución desaparecen las acciones relacionadas con las enfermedades de interés en salud pública, establecidas en el Acuerdo 117 y en la Resolución 412, sin que hayan sido derogados o modificados hasta la fecha. Parece ser que las aseguradoras solo deben controlar la enfermedad en el momento en que los afiliados la presenten y solicitan atención quedando por fuera las demás actividades de prevención definidas por el mismo Ministerio de Salud. Es preocupante que sea este organismo de dirección el que modifica las resoluciones, introduciendo ambigüedades y confusión, sin tener en cuenta a los actores importantes del sistema, como son los afiliados, quienes deben ser sujeto y objeto de estas acciones. El Ministerio no ha sido fuerte ni claro en la reglamentación y su actuación parece que obedeciera a intereses económicos de las aseguradoras y no a mejorar la salud de los afiliados. Porque en el largo camino de ocho años de reglamentación las instituciones responsables de garantizar estas acciones han venido cumpliendo parcialmente con esta responsabilidad y, en ocasiones, presentan incumplimiento total sin que se apliquen las sanciones respectivas pero, eso sí, consumiendo los recursos destinados para tal fin.

En la Resolución 3384, pretende el Ministerio establecer de una manera didáctica unos instrumentos que les permitan a las empresas promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado y las entidades adaptadas en salud mejorar la gestión de las acciones de promoción y prevención, como son las metas de cumplimiento, las matrices de programación, los indicadores de gestión, las fichas técnicas de éstos, la estructura de datos y las especificaciones para la transferencia. También se establecen las normas para la gestión por parte de las aseguradoras y los indicadores centinelas de calidad y la remisión

en forma impresa y magnética de los datos al Ministerio de Salud y a las direcciones seccionales y distritales de salud de la programación y ejecución de las actividades así como la vigilancia y control de las aseguradoras por parte de estos organismos.

Estos instrumentos pueden ayudar al fortalecimiento de la gestión de las actividades de promoción y prevención, de responsabilidad de las aseguradoras, pero es necesario ejercer el control para garantizar el cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes.

De las consideraciones expuestas se desprenden las siguientes reflexiones que pueden contribuir a replantear los aspectos sobre promoción y prevención considerados en la reforma:

- El Estado no debió trasladar la responsabilidad de la promoción y prevención a las aseguradoras sino delegarla al Ministerio de Salud u otro organismo del Estado para que asumiera todo lo relacionado con prevención y promoción incluyendo lo contemplado en el Plan de Atención Básica para evitar la dispersión de las responsabilidades en los actores y la atomización de los escasos recursos, en busca de la mayor cobertura y beneficio de la población colombiana.
- Los organismos rectores del sistema, como el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de Salud y la Superintendencia, no deben perder el horizonte y los objetivos de la reforma de sistema y ser coherentes al establecer las normas de promoción y prevención.
- El Ministerio de Salud, como organismo rector en la parte técnica, debe ser coherente, conciso y preciso en las normas sobre promoción y prevención; igualmente lo debe ser el Consejo Nacional de Seguridad Social para garantizar la transparencia y facilitar la implementación de las mismas por las aseguradoras y evitar así las ambigüedades.
- Los organismos de vigilancia y control como la Superintendencia de Salud, las direcciones seccionales y locales de salud, deben actuar con ética y prontitud para controlar las situaciones anómalas que se presenten entre los diferentes actores respecto de estas actividades.
- Las normas sobre promoción y prevención deben tener suficiente fundamento técnico-científico y legal; y de igual manera, tener en cuenta el perfil epidemiológico de los afiliados para contribuir a su salud y con el fin de evitar el incumplimiento o rechazo por parte de los actores responsables.
- Las presiones de las aseguradoras no deben ser criterio preferencial para establecer las normas sobre promoción y prevención en el sistema.

Sin embargo, a pesar del análisis de estas evidencias normativas se requiere de investigaciones específicas y concretas que den cuenta de forma cuantitativa y cualitativa de la situación de promoción y prevención de los afiliados. Algunas de ellas pueden estar orientadas a:

- Medir el desempeño de los actores responsables de la promoción y prevención.
- La evaluación de la gestión de las actividades de promoción y prevención de responsabilidad de las aseguradoras. Este proyecto de investigación ya fue aprobado y

- lo realizará la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.
- Medir la eficiencia, eficacia y efectividad de las actividades de promoción y prevención.
 - Medir el impacto en el perfil epidemiológico de los afiliados.
 - Medir el grado de satisfacción de los usuarios.

Además, es importante realizar estudios sobre la destinación y ejecución de recursos de inversión social que se ha hecho porque se han ejecutado abundantes recursos en promoción y prevención, como consta en los informes del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud,^{11,12,13} en los cuales registran las ejecuciones de la subcuenta de promoción de la salud del Fondo de Solidaridad y Garantía, además de los recursos de las unidades de pago por capitación del régimen contributivo y subsidiado de los que no se tiene información. Es necesario preguntarse entonces por qué las aseguradoras no cumplen cabalmente con las acciones de promoción y prevención. ¿Por qué los organismos de vigilancia y control no se han manifestado al respecto? ¿Cuánto es el monto total invertido en promoción y prevención en los años de la reforma? ¿Cuál es el impacto en la salud de los afiliados? ¿Realmente está cambiando el modelo de atención curativo hacia lo preventivo y promocional?

Son interrogantes que quedan para que algunas personas interesadas en estos aspectos se animen a buscar las respuestas mediante estudios de las diferentes situaciones que afectan el desarrollo de la promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

Conclusiones

Del anterior análisis de las normas se puede concluir lo siguiente:

- . Hay permisividad por parte de los organismos de dirección, vigilancia y control del sistema para que se aplaze la entrada en vigencia de algunas normas, sosteniendo las normas derogadas como el caso de la Resolución 3997.
- . Hay abundancia de normas con relación a la promoción y prevención; sin embargo, hay inconsistencias entre ellas que crean ambigüedades y generan confusión, lo que sirve de excusa para el incumplimiento por parte de las aseguradoras.
- . La promoción y prevención son aspectos fundamentales para la población afiliada, pero la dispersión de responsabilidades y de recursos entre los actores y la falta de compromiso por parte de éstos no ha facilitado su implementación.
- . Algunas normas, como la Resolución 3384, parece favorecer más los intereses de las aseguradoras que la salud de los afiliados al dejar solo para algunas de las enfermedades de interés en salud pública el control de la enfermedad sin que se realicen otras acciones preventivas.
- . Es necesario realizar estudios con el ánimo de conocer la dimensión del problema y aplicar los correctivos que sean necesarios en el corto plazo para evitar la desviación de los recursos en los años venideros.

. Los organismos de dirección del sistema deben revisar el conjunto de las normas existentes y eliminar las inconsistencias que hay entre ellas para facilitar el desarrollo de las acciones.

Referencias

1. Vásquez LE. Aproximación al objeto de la salud pública. Rev Fac Nacional de Salud Pública 1995;12(2):12-13.
2. López C. El Instituto de Seguros Sociales y la reforma a la seguridad social en Colombia. Rev Fac Nacional de Salud Pública 1992;12(1):22.
3. Cardona A. Relaciones entre salud pública, seguridad social y funcionamiento del Estado. Rev Fac Nacional de Salud Pública 1996;13(2):42-44.
4. Colombia. Congreso de la República. Ley 100, diciembre 23 de 1993, por la cual se crea se crea el Sistema General Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Preámbulo. Bogotá: El Congreso; 1993.
5. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 5261, agosto 5 de 1994, por medio de la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud. Bogotá: El Ministerio; 1994.
6. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 3997, octubre 30 de 1996, por medio de la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Artículos 1-4. Bogotá: El Ministerio; 1996.
7. Colombia. Ministerio de Salud. Proyecto municipios centinela. Segunda Medición 1995-1998. Santafé de Bogota: El Ministerio. p. 55-56.
8. Colombia. Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 117 de 1998, por medio del cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Artículo 2. Bogotá: El Ministerio; 1998.
9. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412, febrero 25 de 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Artículo 1. Bogotá: El Ministerio; 2000.
10. Colombia. Ministerio de salud. Resolución 3384, diciembre de 2000, por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la Resolución 1078 de 2000. Considerandos. Bogotá: El Ministerio; 2000.
11. Colombia. Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara Representantes, 1997-1998. Capítulo 5. Bogotá: El Consejo; 1999. p. 39-42.
12. Colombia. Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara Representantes, 1998-1999. Capítulo 6. Bogotá: El Consejo; 2000. p. 48-61.

13. Colombia. Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes, 1999-2000. Capítulo 4. Bogotá: El Consejo; 2001. p.62-70.