

**EXPECTATIVAS DEL NUEVO PROYECTO PARA LA REFORMA AL SISTEMA
DE SALUD 2013.**

**ANÁLISIS BASADO EN LA EVIDENCIA DE LA PROBLEMÁTICA DEL
SISTEMA DE SALUD ACTUAL.**

AVANCE O RETROCESO

MARCELA ANDREA VEGA ROJAS

TRABAJO DE GRADO

MAGISTER EN DIRECCIÓN Y GERENCIA DE EMPRESAS

FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

BOGOTÁ D.C., MAYO DE 2013

**EXPECTATIVAS DEL NUEVO PROYECTO PARA LA REFORMA AL SISTEMA
DE SALUD 2013.**

**ANÁLISIS BASADO EN LA EVIDENCIA DE LA PROBLEMÁTICA DEL
SISTEMA DE SALUD ACTUAL.**

AVANCE O RETROCESO

MARCELA ANDREA VEGA ROJAS

TRABAJO DE GRADO

TUTOR:

DR. JAVIER GONZÁLEZ

MAGISTER EN DIRECCIÓN Y GERENCIA DE EMPRESAS

FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

BOGOTÁ D.C., MAYO 2013

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a los colombianos ejemplares y luchadores cuya actitud de vida, hace que sobresalgan no solo a nivel laboral sino personal y familiar. Son ellos la esperanza de cambio, mejora y vida de este país.

También está dedicado a los Colombianos que tienen a cargo la inmensa responsabilidad de cuidar la salud del pueblo colombiano, esperando que tomen decisiones acertadas, pues en sus manos está el futuro de todos.

Después de revisar varios conceptos quiero compartirles que:

La responsabilidad es la sabiduría que da la experiencia para poder cumplir con las obligaciones, es uno de los valores y de los pilares más fuertes del éxito.

Responsable es aquel que responde por sus actos, se hace cargo de sus consecuencias y aprende de ellas.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todas las personas que a lo largo de mi vida han dejado una huella que ha aportado a mi crecimiento, desarrollo profesional y laboral. Son ellos los que con sus experiencias me han enriquecido inmensamente.

Agradezco a quienes que de una u otra forma me han apoyado para el desarrollo de este proyecto, pues el apoyo que recibí de cada uno, me aportó para la culminación del mismo.

Agradezco también a mis profesores de maestría, por darme las herramientas para iniciar esta investigación y culminar este proyecto; especialmente a mi Director de trabajo de grado el Dr. Javier González, por su comprensión y paciencia, lo cual me motivó y me impulsó a poder concluir esta investigación.

Y por último a mi familia, a mi papá por su apoyo incondicional, a mi esposo por su comprensión y a mi madre, gran amiga, con quien he compartido esta experiencia.

INDICE

RESUMEN DEL PROYECTO	8
ABSTRACT	12
KEY WORDS:	14
INTRODUCCION	15
OBJETIVOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO	20
OBJETIVO GENERAL.....	20
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	20
1. CAPITULO 1.....	21
1.1. DISPOSICIONES GENERALES	21
1.1.1. EVALUACIÓN GENERAL DE LA SITUACION ACTUAL DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO:	21
1.1.2. CONTEXTUALIZACIÓN GENERAL DE LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD ANTES Y DESPUÉS DE LA LEY 100.....	25
2. CAPITULO 2.....	31
2.1. MARCO TEÓRICO.....	31
2.1.1. ESTADO DEL ARTE	31
2.1.2. MARCO CONCEPTUAL	36
2.1.3. MARCO LEGAL Y NORMATIVO DE LA SALUD EN COLOMBIA:.....	44
2.1.4. DESCRIPCION GENERAL DE VARIABLES E INDICADORES	58
3. CAPITULO 3.....	70
3.1. DESARROLLO METODOLOGICO DE LA INVESTIGACION	70
3.1.1. Metodología de la investigación.	70
3.1.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	76
3.1.3. PROTOCÓLO DE ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE PUBLICACIONES Y DOCUMENTOS.....	76
4. CAPITULO 4.....	87

4.1. ANÁLISIS DE LAS PUBLICACIONES Y DOCUMENTOS TEÓRICOS INVESTIGATIVOS SELECCIONADOS.....	87
4.1.1. Análisis documental de las variables definidas para el desarrollo del estudio..	89
4.1.2. Análisis Documental General:.....	112
5. CONCLUSIONES	114
6. RECOMENDACIONES.....	117
7. BIBLIOGRAFIA	120

LISTAS ESPECIALES

LISTA TABLAS

Tabla 1 Aspectos demográficos- estimaciones y proyecciones de población nacional 2010 – 2011, por sexo y grupos quinquenales de edad.....	63
Tabla 2 Aspectos demográficos – estimaciones y proyecciones de población Nacional 2012 – 2013.....	64
Tabla 3 Aspectos demográficos – estimaciones y proyecciones de población Nacional 2014 – 2015.....	64
Tabla 4 Escenarios de tasa de informalidad	66
Tabla 5 Escenarios de crecimiento del PIB.....	67
Tabla 6 Cobertura de la seguridad social 1990.....	68
Tabla 7 Número de personas afiliadas al SGSSS y cobertura (%), 1997–2007...	68
Tabla 8 Cronograma y descripción de actividades.....	78
Tabla 9 Publicación código 001.....	79
Tabla 10 Publicación código 002.....	80
Tabla 11 Publicación código 003.....	81
Tabla 12 Publicación código 004.....	82
Tabla 13 Publicación código 005.....	83
Tabla 14 Publicación código 006.....	84
Tabla 15 Publicación código 007.....	85
Tabla 16 Publicación código 008.....	86
Tabla 17 Publicación código 009.....	87
Tabla 18 Publicación código 010.....	88
Tabla 19 Resumen variables detectadas en los documentos analizados.....	90

RESUMEN DEL PROYECTO

Esta investigación se desarrolla, bajo una hipótesis, la cual se busca comprobar, analizando la evidencia encontrada en documentos Teóricos investigativos de autores expertos y especialistas en el tema y en publicaciones de la prensa nacional además de las leyes que corresponden a las dos reformas de la salud la 1122 de 2007 y la 1438 de 2011.

La hipótesis planteada para esta investigación es que “mientras los nuevos planteamientos para la reforma de la salud no incluyan dentro de su propuesta una solución evidente a los principales problemas encontrados en el sistema de salud actual y no establezca un control fiscal y una regulación verdadera sobre el manejo de los fondos del sistema de salud; Los principios de universalidad, eficiencia, integralidad, libre escogencia, competencia sana y calidad no serán cumplidos y por lo tanto el pueblo Colombiano no podrá ejercer su derecho a la salud como lo plantea la Constitución Política de Colombia de 1991 y la ley 100 de 1993.

Para comprobar la hipótesis se han seleccionado como documentos a analizar, tres publicaciones de la prensa nacional, cuatro de autores expertos y especializados en el tema y tres documentos adicionales que corresponden a las dos reformas realizadas al sistema de salud en los años 2007 y 2011 y a la nueva propuesta radicada por el gobierno nacional a inicios de este año.

Es de suma importancia conocer las apreciaciones de los autores sobre el grupo de variables que se utilizarán para desarrollar este estudio. Estas variables pertenecen a aquellas que influyen el equilibrio financiero y que adicionalmente afectan directamente a la población impactando su bienestar y su calidad de vida. Entre esas variables se destacan (i) aspectos demográficos y de la fuerza laboral, (ii) aspectos económicos como los niveles de ingreso, salarios y empleo, (iii) cobertura del sistema de salud, (iv) calidad y acceso a los servicios del sistema, (v) duplicidad del gasto (vi) flujo de los recursos del sistema de salud (problemas institucionales), (vii) Gasto en salud y estabilidad financiera y (viii) regulación financiera.

El Formato utilizado para la comparación análisis y síntesis de los documentos teóricos investigativos y de las publicaciones de la prensa nacional, consta de tres cuerpos. El primero, contiene las características relacionadas con tiempo y espacio de la publicación. El segundo, hace énfasis en el contenido y en los temas y variables de interés para el desarrollo de la investigación. Y el tercero hace énfasis en el contenido y en los temas y variables de interés para el desarrollo de la investigación.

Al hacer el análisis, síntesis y comparación de estos artículos se resolverán algunos interrogantes que pueden llevarnos a comprobar la hipótesis como los son: ¿Cuáles han sido los principales logros en salud con el sistema actual?, ¿Cuáles han sido las principales fallas o problemas en el sistema actual de salud?, ¿Hay un buen manejo de los fondos destinados al sistema de Salud actual?, ¿La

gestión financiera del Sistema de Salud Colombiano, permite que este sea un sistema de salud sostenible y perdurable para todos los colombianos?.

Adicionalmente, existen otros interrogantes a destacar como lo son ¿En qué consiste la nueva reforma de Salud propuesta para el 2013?, ¿Los cambios planteados en la última propuesta para hacer una reforma al sistema de salud, realmente conducen a un avance o dejan de lado los principales problemas de la seguridad social en Colombia?, ¿La nueva propuesta para la reforma de la salud busca lograr una mejora radical en la gestión financiera del Sistema de Salud Colombiano?, ¿Cuál es la percepción de los principales autores, especialistas en el tema en cuanto a la erradicación total de los problemas más álgidos en el actual Sistema de Salud Colombiano, con la nueva propuesta para la reforma de la salud para el 2013?

Este trabajo de investigación surgió debido a la radicación de una nueva propuesta para la reforma a la salud y la polémica que se ha generado alrededor de esta. Veinte años después de la aprobación de la ley 100, se han identificado logros importantes principalmente en cuanto a cobertura; lastimosamente, actualmente se han manifestado problemas financieros y de liquidez, a pesar de lo cual, vale la pena destacar que el sistema fue rentable e incluso generó excedentes financieros en su operación, durante sus primeros 10 años de funcionamiento¹. Ahora, según la evidencia teórica investigativa y de la prensa

¹Fedesarrollo desde hace varios años desarrolla una línea de investigación sobre la salud en Colombia. "La sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano. (Julio 2012)"

nacional, se determinará si la nueva propuesta para la reforma de la salud es una buena opción para el país.

PALABRAS CLAVE:

Salud, sistema de salud, salud pública, eficiencia, universalidad, solidaridad, cobertura, régimen contributivo y subsidiado, plan obligatorio de salud, reforma.

ABSTRACT

This research is willing to prove a hypothesis based on evidence found in theoretical research by experienced authors in this special area. We also will use some national press publications in addition to the laws that correspond to the last health reforms, 1122 and 1438 of 2007 and 2011 respectively.

The hypothesis for this research is which follows: "if new projects to health reform don't include a solution to the main problems founded in the current Health Care System and this law itself, doesn't establish a fiscal control and a real regulation on health management system resources; Principles as universality, efficiency, integrity, free choice, healthy competition and quality will not be achieved; Therefore, Colombian people won't use their right to health as suggested by Colombian Constitution of 1991 and Act 100 of 1993.

Some theoretical and investigative documents have been selected to be analyzed. Some of them are, three national press publications, four documents by specialists and expert authors, three additional documents that correspond to the last two reforms to the health system in 2007 and 2011, and the new project brought out by the government earlier this year.

It was considered as crucial to analyze some findings established by some authors, related to a group of variables used to develop this study, which belong to those that influence financial stability and additionally affect people directly impacting the welfare and life quality. These variables are (i) demographic and

labor force, (ii) economic aspects such as income levels, wages and employment, (iii) health system coverage, (iv) quality and access to health services system, (v) duplication of expenditure (vi) flow of health system resources (institutional problems), (vii) investment on health and financial stability and (viii) financial regulation.

A tool was designed to compare, analyze and summarize theoretical research papers and national press publications. This format consists of three bodies. First body contains some characteristics related to time and place of publication. Second body, emphasizes content, issues and variables of interest to develop this research. And the third body emphasizes content, issues and variables of interest for the development of research and the opinion of investigators.

Upon the analysis, synthesis and comparison of these items we solve some questions that can lead us to test the hypothesis. Some of them are: ¿Which have been the main achievements in health with the current system? ¿Which have been the major faults or problems in the current health system? ¿Nowadays, Is there a good management of health system resources? ¿Would financial management of Colombian Health System, let it be a sustainable health system? ¿What is the new health reform project for 2013 about? ¿Do changes outlined in the latest health reform project, lead to breakthrough out the main problems of social security in Colombia? ¿Does the new health reform project achieve a radical improvement in financial management of Colombian Health System resources?, ¿what is the perception of the principal authors, in terms of a total eradication of the most critical

issues in the current Colombian health system, with the new health reform project in 2013?

The idea of this research starts from the filing of a new health care reform project and the controversy that has arisen around this. After twenty years of 100 Law, important achievements have been identified mainly in coverage. Unfortunately, currently financial and liquidity problems have been manifested, despite of, it is important to say that this system was profitable and financial supported in its operation during its first 10 years. Now, according to theoretical research evidence and national press, we would like to determinate whether the new proposal for health care reform is a good option for the country or not.

KEY WORDS:

Health, health care system, public health, efficiency, universality, solidarity, coverage, and subsidized contributory scheme, compulsory health plan, reform.

INTRODUCCION

El derecho del ser humano a tener acceso a los servicios de salud es un tema de interés global que ha sido plasmado desde hace mucho tiempo en leyes, principios éticos y declaraciones de derechos humanos entre otros. Sin embargo, cada vez es más evidente la dificultad de la mayoría de personas para el acceso a dichos servicios de salud.

La democracia, el capitalismo, el socialismo, el comunismo y las diferentes filosofías que trascienden generación tras generación, influenciadas por la religión, la cultura del país en donde son educados y la moral de cada una de sus regiones, hacen que los sistemas de salud establecidos para los diferentes grupos poblacionales difieran altamente.

Como consecuencia, es posible que haya países muy evolucionados en esta rama, en donde un gran porcentaje de su población, si no la totalidad, tienen un acceso adecuado y unas coberturas justas en cuanto a servicios de salud se refieren. Pero al mismo tiempo, hay otros países en donde la tasa de acceso a servicios de salud puede llegar a ser realmente muy baja y para una población pequeña y privilegiada.

La literatura económica y diferentes entes nacionales e internacionales, destacan ¹la importancia y el vínculo entre la salud, el bienestar y el desarrollo de un país.

¹Jeffrey D. Sachs 2001 en compañía de la OMS publican "Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en pro del desarrollo económico". En este libro propusieron una estrategia para fomentar el desarrollo económico en especial en los países más pobres, basándose en una inversión más agresiva y estratégica en la salud de la población. Fedesarrollo 2006, hace un

Cuando se habla de bienestar y salud para una población, se abarca totalmente la responsabilidad del gobierno y de todos los entes que tengan algún tipo de influencia directa sobre sectores como la educación, la salud, el aseo, el empleo, los ingresos y la seguridad entre otros. Las políticas que se generen con el fin de obtener indicadores positivos en los sectores previamente mencionados, darán como resultado una estabilidad social y política. Por ejemplo, Jeffrey D. Sachs 2001, destaca tres posibles formas a través de las cuales se puede generar un vínculo directo entre el bienestar y el desarrollo económico de una sociedad.

Uno de los factores que puede percibirse fácilmente en Colombia es la alta tasa de fertilidad, lo cual genera dificultad para sostener de una forma adecuada a todos los miembros de la familia; a mayor número de miembros menor capacidad de la familia, para brindar un bienestar general a cada uno de sus individuos. El segundo factor, se refiere a la prevención de enfermedades que pueden generar costos altos en el tratamiento y rehabilitación, ya que éstas a su vez, disminuyen la expectativa de vida saludable y productiva de un individuo. Adicionalmente a lo anterior y resaltando como tercer Factor podemos decir que, una persona con una enfermedad grave o de tratamiento prolongado, limita su capacidad de inversión bien sea por sus expectativas de vida, o por los costos de bolsillo que puede generar su tratamiento.

Vale la pena tener en cuenta, que en cualquiera de los casos anteriormente descritos, la capacidad de la familia para brindar un bienestar, en cuanto a salud y

análisis muy completo del sistema general de salud en Colombia enfocado al impacto del mismo sobre la calidad de vida de los colombianos.

educación, principalmente a sus miembros jóvenes, se ve vulnerada afectando así el nivel de bienestar del país y el costo que cada uno de estos individuos va a generar en el futuro, pues sus capacidades para aportar económicamente al desarrollo y al crecimiento del país están siendo limitadas por la misma pobreza en las políticas macroeconómicas y sociales del país.

El sistema de salud en Colombia está regulado por el gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de la Protección Social bajo mandato constitucional y delegado en parte al sector privado. Adicionalmente, está reglamentado en el segundo libro de la Ley 100 de 1993 expedida por el Congreso de la Republica de Colombia, la cual estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el país y se basa en principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Teniendo en cuenta lo anterior, es muy fácil concluir que solamente hace 20 años se definió en nuestro país que los servicios de salud eran un derecho de todos los ciudadanos.

Algunos de los países que cuentan con los servicios de salud más antiguos y eficientes del mundo son, Francia, Canadá, Reino Unido y Cuba. Estos países desde su historia han dado absoluta importancia a los Derechos Humanos, al bienestar y a la salud de sus ciudadanos, implementado desde el inicio de la creación de sus sistemas de salud, una planeación estratégica, unos objetivos y una gestión financiera y de los servicios de salud, siempre de la mano de la ética y sin dejar de lado la moral propia de su raza, su cultura y su nacionalidad.

En Colombia, desafortunadamente prima el interés individual, siendo esto una de las principales amenazas del sistema de salud, desconociendo que el objetivo principal de un sistema de salud es hacer los individuos libres, con derechos diversos sobre sus vidas y sus cuerpos, sin poner en juego los derechos de los demás. El interés individual, quebranta todos los principios éticos sobre los cuales se debe establecer cualquier sistema de salud en el mundo; adicionalmente, y para el caso de Colombia, posibilita el monopolio y disminuye la probabilidad de un manejo adecuado de los fondos destinados para la salud, impidiendo así una buena gestión financiera que permita dar sostenibilidad y perdurabilidad al sistema de salud que Colombia plantea en su Constitución Política.

En la constitución de 1991 se definió la seguridad social como un “Servicio público de carácter obligatorio que se debe prestar bajo la dirección, coordinación y control del estado, en sujeción a los principios de eficiencia universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social”. Desde entonces han surgido innumerables reformas al sistema de salud, buscando cumplir a cabalidad con este mandato, pero algunas de las preguntas relevantes en cuanto a este tema y que buscan definir la problemática que planteamos en este documento son, ¿cuáles han sido las principales fallas en la seguridad social de Colombia, para que hasta el momento su gestión no sea exitosa?, ¿Cuáles son las ventajas y desventajas del actual sistema de salud?, ¿Los cambios planteados en la última propuesta para hacer una reforma al sistema de salud, realmente nos llevan a un

avance, o , dejan de lado los principales problemas de la seguridad social en Colombia?, ¿Que busca la nueva reforma de la salud?

Es muy importante tener en claro que según lo planteado anteriormente, el enfoque de éste análisis va dirigido hacia el establecimiento de la problemática actual del sistema de salud en Colombia, principalmente en lo relacionado con la gestión y sostenibilidad financiera del mismo. De esta forma, se busca definir si las últimas propuestas para la reforma de la salud están orientadas realmente a dar solución a esta problemática y propender así por el desarrollo de la sociedad Colombiana o si son solamente esfuerzos vanos para contrarrestar el impacto político y social que ha tenido la gestión de la salud en los últimos años.

Basados en lo anterior, se espera finalmente concluir cuáles son las expectativas del nuevo proyecto para la Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud del 2013, teniendo en cuenta el manejo de los fondos y la gestión financiera del mismo a la fecha.

Sería interesante por lo tanto, hacer este análisis desde la evidencia teórica, documental y de la prensa nacional para lograr una conclusión amplia que contemple a los principales autores y especialistas en el Sistema de Salud Colombiano. Teniendo en cuenta lo anterior se contará con el aporte teórico, investigativo, documental y con el conocimiento y la opinión de algunos autores, periodistas y especialistas en el tema.

OBJETIVOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO

OBJETIVO GENERAL

Determinar si con la nueva propuesta para la reforma de la salud, se corrigen o eliminan los problemas más importantes y trascendentales del Sistema de Salud actual en Colombia y si de esta forma se logra que este sea un sistema sostenible y perdurable en el tiempo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Establecer los principales escenarios o etapas de evolución del Sistema de Salud Colombiano.
2. Identificar cuáles han sido los principales logros y cuales los principales desaciertos en el sistema actual actual de salud.
3. Identificar los problemas más relevantes del Sistema de Salud Colombiano actualmente.
4. Concluir si la gestión financiera del Sistema de Salud actual Colombiano, permite que este sea un sistema de salud sostenible y perdurable para todos los colombianos.
5. Analizar las disposiciones generales de la nueva reforma de Salud propuesta para el 2013, identificando su objetivo principal y sus principios básicos.

1. CAPITULO 1

1.1. DISPOSICIONES GENERALES

1.1.1. EVALUACIÓN GENERAL DE LA SITUACION ACTUAL DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO:

La creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ha sido uno de los principales logros políticos en Colombia. La reforma planteada en la ley 100 de 1993, en su momento fue muy ambiciosa y representaba un cambio radical en la medida en que se generaría la creación de nuevas entidades para la atención, la gestión financiera y de la salud, al mismo tiempo que buscaba incorporar a los entes territoriales en su gestión, con el objetivo principal de incrementar la cobertura en salud y cumplir con los principios establecidos en la Constitución Política para dicho segmento.

Veinte años después de la aprobación de la ley 100, se han identificado logros importantes en cuanto al aspecto antes mencionado (cobertura); lastimosamente, actualmente se han manifestado problemas financieros y de liquidez, a pesar de lo cual, vale la pena destacar que el sistema fue rentable e incluso generó excedentes financieros en su operación, durante sus primeros 10 años de funcionamiento².

El Sistema de Salud en Colombia ha pasado por tantas etapas, reformas y cambios como por supuestos malos manejos, evidenciando las fallas en la gestión

²Fedesarrollo desde hace varios años desarrolla una línea de investigación sobre la salud en Colombia. "La sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano. (Julio 2012)"

financiera y el manejo de los fondos del sistema para el cuidado de la salud de los colombianos.

“Ocho de cada diez Colombianos desapruaban la forma como se enfrentan los problemas de la salud y piensan que las condiciones y su calidad están empeorando. Tristemente es el campo peor evaluado, por encima de la guerrilla, el narcotráfico, la inseguridad y el desempleo”³. La ineficiencia, la corrupción y la desviación de los recursos evidente cada día más, principalmente en casos como los identificados en algunas EPS y en los cobros y recobros de tratamientos que no estaban incluidos en el plan de Beneficios establecido por la ley.

Teniendo en cuenta lo anterior y conociendo la importancia del funcionamiento adecuado del sistema de salud en cualquier país, es importante que los ciudadanos conozcan las ventajas, desventajas, logros y problemas más importantes del sistema de salud actual, para así, poder dar una opinión válida sobre las nuevas propuestas y poder saber si con estas propuestas verdaderamente se logra un impacto positivo y duradero en cuanto a las metas de bienestar, salud pública y finanzas públicas principalmente.

Conocer cuál es el manejo de los recursos destinados para la salud y en general cual es la gestión financiera de dicho sistema, es un elemento fundamental para que los ciudadanos en un momento determinado puedan hacer valer su opinión. Si no se documentan al respecto y se permite que las minorías tomen las decisiones en su nombre, se está dejando su dinero y el de la salud, en manos de posibles

³Según los resultados de la Encuesta Gallup de abril, Editorial de EL TIEMPO, domingo 5 de mayo de 2013/ Artículo publicado por Juan Gozain jueves 9 de mayo del 2013, periódico el tiempo.

despilfarradores que no buscan más que el beneficio propio, impidiendo mejorar el bienestar, la salud, la calidad de vida de los colombianos y en general el desarrollo económico del país.

Esta investigación busca Determinar si con la nueva propuesta para la reforma de la salud se corrigen o eliminan los problemas más importantes y trascendentales del Sistema de Salud actual en Colombia y si de esta forma se logra que este sea un sistema sostenible y perdurable en el tiempo.

Para lograr lo anterior, es básico exponer las etapas de evolución del Sistema de Salud Colombiano, para poder identificar los puntos de mejora y los cambios que llevaron a la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los datos históricos son esenciales para lograr comprender y conocer el funcionamiento de sistema de salud actual y su dinámica de financiación. De esta forma, se podrán identificar las ventajas y desventajas del sistema de salud actual, además de los problemas que puedan poner en peligro la sostenibilidad y perdurabilidad del mismo. Adicionalmente, definir la dinámica de financiación del sistema actual, sus aciertos y deficiencias, ayudarán a comprender, evaluar y vislumbrar, no solo el futuro del sistema actual, sino la viabilidad y transparencia de las nuevas propuestas para la reforma de la salud.

Este proyecto, trata un tema actual de interés político y económico, lo que hace que sea también, un momento muy oportuno para el desarrollo de esta investigación pues está en proceso la aprobación de la nueva propuesta de la

reforma de la salud, radicada por el gobierno nacional a través del ministro de salud Alejandro Gaviria Uribe. Esta propuesta ha generado mucha polémica y es una oportunidad para hacer un análisis más consciente sobre las consecuencias de la aprobación de dicha reforma.

Con el fin de poder lograr el objetivo, se hará una investigación teórica, documental y de algunas publicaciones de la prensa nacional hasta la fecha, incluyendo la propuesta de la nueva reforma, para así lograr una conclusión sobre la problemática actual del sistema de salud y las salidas o soluciones que se plantean.

Estas investigaciones, documentos y publicaciones tendrán que estar totalmente relacionados con los conceptos de salud y de sistema de salud, con el actual Sistema de Salud Colombiano, su problemática, las diferentes reformas a la salud en Colombia, incluyendo la última propuesta planteada en el 2013 y el financiamiento y la gestión financiera del sistema.

Es indudable el excelente trabajo que han hecho innumerables autores sobre los temas anteriormente descritos, adicionalmente, algunos comunicadores sociales y periodistas han hecho publicaciones muy bien sustentadas y estructuradas tanto en los periódicos, diarios y revistas, como en los noticieros, programas de opinión y demás espacios en la televisión Colombiana, más importantes y representativos, por lo cual se considera que para este proyecto, algunas de estas deberán ser tenidas en cuenta.

1.1.2. CONTEXTUALIZACIÓN GENERAL DE LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD ANTES Y DESPUÉS DE LA LEY 100

Es muy importante hacer un recuento enfocado en establecer cuál ha sido el desarrollo de sistema de salud en Colombia, estableciendo escenarios básicos que permitan comprender e identificar las características generales de cada uno de ellos y posteriormente durante el avance de esta investigación, identificar la problemática, los avances, las ventajas y las desventajas de los mismos.

El primer escenario hará referencia al sistema de salud en Colombia antes de la ley 100, el segundo escenario describirá las generalidades de la estructura del sistema de salud actual tomando en cuenta las dos reformas más importantes realizadas en el 2007 y en el 2011.

1.1.2.1. Generalidades del sistema de salud Antes de la ley 100:

1.1.2.1.1 Estructura institucional:

El sistema de salud anterior a la ley 100 estaba compuesto por el sistema de seguridad social, el sector público y el sistema privado⁴. Los empleados del sector privado eran atendidos por la Caja de Previsión Social y por el Instituto de Seguros Sociales y los empleados públicos eran atendidos por la Caja Nacional de Previsión Social CAJANAL.

El sector público conformado por quienes no pertenecían al sistema de seguridad social o cuyos ingresos eran insuficientes para acceder al sistema privado eran

⁴ La descripción de este escenario estará basada en Gaviria et al. (2006) y en Mauricio Santa María S. Fedesarrollo (2007)

atendidos por hospitales y centros de salud. Por último, la población con ingresos altos era atendida por una red de prestadores y aseguradores privados como hospitales, medicina pre-pagada y algunas pólizas de salud.

Las Cajas de Compensación Familiar eran entidades privadas que se financiaban con los aportes de los trabajadores por medio de un impuesto a la nómina y ofrecía servicios de salud, de recreación y de educación. En cuanto a aportes y cobertura se puede decir que cada sector se financiaba de forma diferente, en el sistema de seguridad social solo se le daba un acceso completo al sistema al titular, es decir al empleado; por otra parte a la familia del empleado solo se le daba una cobertura parcial. En el caso de los trabajadores públicos, el sistema era muy parecido; la diferencia era que el estado hacía parte de los aportes para la financiación en salud de cada uno de sus empleados. El nivel de cubrimiento para las familias de los empleados públicos era muy limitado, así que en algunos casos el empleado decidía incrementar sus aportes para mejorar el acceso al cuidado de la salud de su familia.

1.1.2.1.2. Estructura del flujo de recursos:

En cuanto al flujo financiero del sistema, es importante resaltar que el manejo de los recursos destinados para los hospitales y centros médicos que atendían el sector público estaba a cargo de los entes territoriales y del Ministerio de Salud. La fuente de estos recursos era la parte del recaudo de impuestos que le correspondía a los departamentos y que se destinaba para financiar ciertos gastos

en salud y educación. Algunos otros recursos se recaudaban de impuestos, por licores tabaco y juegos de azar.

1.1.2.2. Generalidades de la estructura del Sistema de Salud actual

1.1.2.2.1. Estructura institucional:

El sistema de salud actual ha segmentado la población en cuatro, el régimen contributivo, el régimen subsidiado, los regímenes especiales y los vinculados.

El régimen contributivo está compuesto por los trabajadores independientes, los formales y los no formales además de los jubilados y pensionados, estos deben hacer aportes para cubrir su salud y aportes solidarios para financiar la salud de los menos beneficiados.

El régimen subsidiado está compuesto por la población más vulnerable y de menos recursos que a su vez es clasificada por grupos dependiendo de sus ingresos y posibilidades económicas a través de la encuesta SISBEN. Este índice resultante del SISBEN clasifica a los individuos de 1 a 6.

Los regímenes especiales fueron regímenes que se crearon porque en el momento de la reforma poseían planes de salud muy superiores a los que ofrecía el gobierno y quedaron regulados así dentro de la ley. Estos regímenes son las fuerzas Militares y de la Policial Nacional, Ecopetrol, el Magisterio, el Banco de la Republica, Unisalud, Empresas Públicas de Medellín y el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales.

Los vinculados, que son aquellas personas que por una u otra razón están por fuera del sistema y se espera que se ajusten lo más pronto posible a cualquiera de los regímenes anteriormente descritos.

Los actores y gestores de la salud en el sistema actual son:

Las aseguradoras llamadas EPS para el régimen contributivo y EPS-S o ARS para el régimen subsidiado quienes tienen a cargo el aseguramiento de la población, el manejo del riesgo y velar y propender porque los servicios que la población afiliada requiere sean prestados oportunamente y con calidad. Los servicios, tratamientos medicamentos y procedimientos a los que la población puede tener acceso están reglamentados en el Plan Obligatorio de Salud POS; este plan de beneficios actualmente no está totalmente unificado a pesar de los esfuerzos que se han hecho para el logro de esto. La aprobación del acceso a cualquiera de estos beneficios está a cargo de las aseguradoras correspondientes para cada grupo poblacional.

Las IPS que son Instituciones prestadoras de Servicios las cuales son contratadas por las EPS y EPS-S. Son Hospitales o centros de salud de carácter público, privado, mixto, comunitario o solidario que tienen como función ofrecer el contenido del paquete de servicios básicos en términos de medicamentos y procedimientos incluidos en el POS. Adicionalmente algunas de estas entidades deben ofrecer servicios a los vinculados que no cuentan con ningún tipo de cobertura. Las IPS ofrecen generalmente diferentes servicios con diferentes

niveles de complejidad, así que algunas prestan la atención básica en salud y otras la atención a las enfermedades de mediana complejidad y de alto costo.

1.1.2.2.2. Estructura del flujo de recursos:

Antes de hablar sobre el financiamiento es clave aclarar el significado de uno de los actores más importantes del sistema como lo es el FOSYGA, por tener la mayor responsabilidad en la intermediación de los recursos destinados para la salud y para la sostenibilidad del sistema de salud.

Este ente es una cuenta adscrita al Ministerio de Protección Social que maneja los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para garantizar la compensación entre los afiliados al régimen contributivo, la administración de distintos ingresos y riesgos, recolectar los aportes de solidaridad provenientes del régimen contributivo y dirigidos al régimen subsidiado.

El FOSYGA administra los recursos por medio de subcuentas dentro de las cuales se encuentran la subcuenta de promoción y prevención, donde llegan los recursos que se destinan a salud pública, prevención, educación y vacunación, La subcuenta de solidaridad, en donde se depositan los aportes del régimen contributivo, de las cajas de compensación, de impuestos y remesas petroleras y del Presupuesto General de la Nación, la subcuenta de compensación en donde se recaudan los dineros recogidos por las EPS para luego ser devueltos según la cantidad de afiliados y su perfil de riesgo y por último la subcuenta de accidentes

catastróficos y accidentes de tránsito que unifica los fondos para cubrir eventos terroristas, catástrofes de origen natural y accidentes de tránsito.

Después de definir lo anterior, se puede finalmente proceder a describir brevemente las fuentes de financiación más relevantes presentes en el Sistema de Salud Colombiano. Algunas de estas son los impuestos generales, los impuestos de nómina a cargo del régimen contributivo y de los empleadores de este segmento de la población de los seguros privados y del gasto de bolsillo; Sin embargo es importante destacar que las principales fuentes de recursos de la salud son públicos, de los cuales se destacan los aportes del régimen contributivo, los recursos del presupuesto nacional y las rentas cedidas de los entes territoriales. También hay aportes relevantes de los departamentos y municipios.

El flujo de los recursos del sistema de salud está compuesto por unas fuentes primarias que son en su mayoría las que se explicaron anteriormente, agentes de intermediación en donde está el FOSYGA como actor principal con el manejo de las subcuentas que hacen parte del modelo de financiamiento, los departamentos, los municipios, las EPS y las IPS públicas y privadas y el destino final de los recursos, que está compuesto por la salud pública y los usuarios del régimen contributivo y del régimen especial.

2. CAPITULO 2

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. ESTADO DEL ARTE

Los beneficios de la globalización a nivel económico son realmente enormes. Diversos economistas han hecho análisis de estos beneficios en los diferentes sectores de la economía, destacando el gran aporte que ha hecho la Organización Mundial de la Salud y el profesor Jeffrey D. Sachs para partir de unas bases científicas, bien fundamentadas que sean optimas a nivel mundial y generen los múltiples diseños y funcionamientos de los diferentes sistemas de salud en el mundo, para términos de conceptualización de esta investigación.

La publicación hecha por el profesor Sachs J., titulada “Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development” que traducido significa “macroeconomía y salud: inversión en salud para el desarrollo económico”, plantea como uno de sus objetivos, evidenciar la importancia de la salud global para lograr el desarrollo económico. Es muy interesante como a lo largo de esta publicación el autor analiza los conceptos básicos de los términos relevantes como salud, bienestar, sistema de salud y de esos conceptos básicos construye toda una estructura aplicable a nivel mundial sin importar la diferencia de raza, cultura, poder adquisitivo u otras variables relacionadas.

Es como la construcción de una filosofía aplicable al desarrollo económico de un país que va a estar en constante crecimiento, si presta la atención adecuada al

cuidado de la salud de su población y hace que su bienestar y calidad de vida sean cada vez mejores, esto aplicado principalmente a la población de más bajos recursos. Durante el desarrollo del documento impulsa a que los beneficios de la globalización definitivamente deban alcanzar a los más necesitados quienes son los que tienen su potencial productivo más desperdiciado. Uno de los propósitos de la Organización Mundial de la Salud y de este autor tan prestigioso en el tema, es introducir nuevos retos para la comunidad internacional para mejorar la salud de su población en todos los aspectos y en lo que implica el significado total de este concepto.

Dentro del contexto anteriormente citado, hay que tener en cuenta que el Sistema de Salud Colombiano ha estado involucrado en varias polémicas tanto políticas como económicas y sociales. Son varios los sectores económicos y sociales que pueden verse afectados por los cambios o manejos que se puedan dar a dicho sistema, debido a que los múltiples actores involucrados en el funcionamiento del mismo pueden verse en determinado momento perjudicados o beneficiados.

Teniendo en cuenta lo anterior, los grandes grupos económicos, las grandes empresas aseguradoras, los periodistas, los profesionales de la salud, universidades, otros centros de educación superior, el Ministerio de Salud e instituciones como Fedesarrollo (Centro de Investigación Económico y Social), han realizado aportes investigativos y de opinión al tema de la salud en Colombia. Lo anterior, con el fin de ampliar a los colombianos información al respecto, brindándoles la oportunidad de aportar y opinar objetivamente, con argumentos

reales que puedan en determinado momento generar cambios beneficiosos para todos.

Algunos de los documentos más completos y que serán tenidos en cuenta en esta investigación como base inicial y complementaria, permitiendo fortalecer todo el contexto histórico y actual del sistema de salud, serán los estudios más actuales realizados por Fedesarrollo y su grupo de investigadores los cuales aportan un análisis muy completo sobre el sistema de salud, su evolución y su situación actual. Como complemento a estos textos existen algunos estudios publicados por grupos económicos como la Fundación Corona, el grupo de economía para la salud GES y el Banco Mundial entre otros.

Fedesarrollo cuenta con innumerables estudios sobre el Sistema de Salud Colombiano; Tendremos en cuenta principalmente los siguientes: un estudio llamado “Diagnostico general del sector salud en Colombia: Evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación” realizado en el 2007 en la ciudad de Bogotá, en cabeza de Mauricio Santa María S, Fabián García A, Sandra Rozo y María José Uribe⁵ y un segundo estudio llamado “La sostenibilidad financiera del Sistema de Salud Colombiano – Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro” realizado en el 2012 en la ciudad de Bogotá, en cabeza de Jairo Núñez y Juan Gonzalo Zapata como investigadores principales acompañados de Carlos Castañeda, Milena Fonseca y Jaime Ramírez.

⁵Los autores son en orden, Director Adjunto de Fedesarrollo y director del Proyecto; investigadores asistentes y asistente de investigación de Fedesarrollo. Adicionalmente agradecen la colaboración de Felipe Prada y Tatiana Vásquez.

Los anteriores dos estudios, abarcan ampliamente los antecedentes de la ley 100 y el funcionamiento actual del sistema de salud, evaluando sus logros, resultados y retos. También hacen un análisis sobre el financiamiento de la salud en Colombia, el estudio de cada uno de sus regímenes y el análisis de los principales problemas del Sistema de Seguridad Social Colombiano.

La investigación realizada por el área de salud de la Fundación Corona llamada “Elementos fundamentales del equilibrio financiero del sistema general de seguridad social, que inciden en las decisiones de ajuste del POS y/o UPC”, documento preparado por el investigador Ramón Abel Castaño Yepes en Mayo 13 de 2004 en la ciudad de Bogotá; es un estudio, busca fomentar una discusión estructurada de los principales problemas que afectan hoy el sector salud, basado en la exploración de algunos aspectos del financiamiento, que pueden ser determinantes para las decisiones de ajuste al modelo actual de seguridad social (principalmente POS y/o UPC).

Las investigaciones nombradas anteriormente ayudaran a establecer la conceptualización, el marco histórico relevante, la problemática y el contexto actual del Sistema de Salud Colombiano.

Es básico establecer si los cambios planteados en la última propuesta para hacer una reforma al sistema de salud, realmente conducen a un avance o dejan de lado los principales problemas de la seguridad social en Colombia. Es importante entonces aclarar, que el Gobierno Nacional de Colombia, ha planteado la

posibilidad de introducir una tercera reforma a la Ley 100 y la ha presentado recientemente al Congreso de la República. Las reformas previas a esta, estipuladas en la Ley 1122 de 2007 y en la Ley 1438 de 2012, no han resuelto aún la crisis por la que atraviesa el sector salud desde hace varios años.

Por ser un tema tan actual, no existen investigaciones como tal, sino opiniones muy bien argumentadas de expertos en el tema, de algunos políticos, de algunas entidades y de algunos periodistas, de las cuales, las más destacadas a la fe

De la anteriores, se puede mencionar por ejemplo, a Guillermo Perry Rubio, economista y político colombiano quien en su columna de opinión en el periódico El Tiempo del día 11 de mayo de 2013, asegura que el lema del Gobierno actual debe ser “Salud sin Barreras” haciendo total énfasis en la nueva propuesta para la reforma de la salud y destacando que el gobierno actual debe enfrentar a los políticos que han abusado del sistema de salud y que buscan sabotear su reforma.

Se conoce también una publicación del médico salubrista público, profesor de postgrados en la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca y presidente de la Asociación Nacional de Políticas de Salud, el Dr. Mauricio Torres Tovar, quien el 8 de Abril del 2013 deja ver su análisis sobre la nueva propuesta para la reforma de la salud en el Semanario Virtual Caja de Herramientas Edición N° 00345, en donde afirma que la nueva propuesta de reforma a la salud es solo un cambio de lenguaje y no un cambio de forma.

También se tendrá en cuenta la publicación que hace el periodista Colombiano Juan Gossaín en el periódico el tiempo el 08 de mayo de 2013, presentando un informe sobre la iniciativa que radicó el ministro de salud recientemente, destacando su posición de “un vislumbrar nada bueno en la nueva propuesta para la reforma del Sistema de Salud Colombiano”.

Por último es muy importante tener en cuenta una propuesta alternativa que hace ASOBANCARIA en su revista Semana Económica, encabezada por Daniel castellanos García, su vicepresidente económico. En esta publicación el equipo de ASOBANCARIA, no solo hace el análisis de la nueva propuesta y de sus desventajas con relación al sistema de salud actual, sino que plantea una alternativa diferente que bajo su concepto es mucho más viable.

Estas y otras opiniones serán tenidas en cuenta dentro del desarrollo de la investigación, así como otras investigaciones relevantes que puedan aportar argumentos que permitan cumplir el objetivo de la misma.

2.1.2. MARCO CONCEPTUAL

Buscando comprender los cambios que ha tenido el Sistema de Salud Colombiano durante los últimos años, identificar las principales fallas y problemas que impiden el buen funcionamiento, se quiere hacer énfasis en la claridad de algunos conceptos imprescindibles para el logro del objetivo planteado para esta investigación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), es el organismo directivo y coordinador de la acción sanitaria en el Sistema de las Naciones Unidas (ONU), especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial, por lo tanto sus aportes serán prioritariamente tenidos en cuenta en este marco conceptual.

2.1.2.1. Salud:

Salud, está definida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades⁶”. Según Vicente Navarro⁷ “Es una definición progresista, en el sentido que considera la salud no sólo como un fenómeno somático (biológico) y psicológico, sino también social”. Teniendo en cuenta que el Gobierno es el responsable de la salud de su población y por ende los entes gubernamentales, se puede percibir que la definición reconoce que salud tiene que ver tanto con los servicios médicos o clínicos que se presten alrededor de cualquier anomalía, como con las intervenciones sociales tales como las de producción económica, distribución del dinero, consumo, vivienda, trabajo, ambiente, etc.

2.1.2.2. Sistema de Salud:

La Organización Mundial de la Salud OMS define un *Sistema de salud* como, “La suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal

⁶La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

⁷ Catedrático de Políticas Públicas y Sociales de la Universidad Pompeu Fabra. Barcelona Profesor de Política y Economía Sanitaria. Johns Hopkins University, USA

consiste en mejorar la salud". Dentro de la descripción que hacen de este concepto, destacan que para que un sistema de salud funcione se necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Estos usualmente van establecidos de acuerdo al país, sociedad o cultura en donde este se desarrolle. Además, también aclaran que estos por norma general tienen que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias. Por lo tanto el fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo.

2.1.2.3. Salud Pública:

Vicente Navarro en su publicación "Concepto actual de *salud Pública*" define este término como la actividad encaminada a mejorar la salud de la población; por otro lado, hay autores como Milton Terris⁸, quien en 1990 propone una adaptación contemporánea a la definición de Winslow⁹, la salud pública queda definida entonces como: "La ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental,

⁸Terris M. "Tendencias actuales de la Salud Pública de las Américas", en "La crisis de la Salud Pública", Publicación Científica N° 540, OPS, 1992.

⁹Winslow C.E.A. The Untilled Fields of Public Health, Science 51:23:33, 1920.

mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud".

2.1.2.4. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) - Eficiencia,

Universalidad y Solidaridad:

La Constitución Política Colombiana de 1996 estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el país y se basa en principios de *eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.*

La *eficiencia* entendida como la mejor utilización de los recursos tanto en términos sociales como económicos. La *universalidad* como garantía de la protección en salud para todas las personas (que se traduce en la práctica en cobertura plena) y la *Solidaridad* como mecanismo que permite la transferencia de recursos particulares entre individuos con diferentes niveles de ingreso y/o de riesgo.

Para apoyar los anteriores principios, el SGSSS se fundamentó en dos pilares, el aseguramiento para alcanzar la cobertura universal y la competencia regulada para impulsar los niveles de eficiencia del sistema¹⁰.

2.1.2.5. Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado:

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, hace una diferenciación en la población de acuerdo a su capacidad de pago, pues los que tienen una mayor solvencia económica subsidiarán a los que tienen una menor solvencia.

Según lo anterior se hace la segmentación en dos tipos de regímenes: Pertenecen al *régimen contributivo*, los trabajadores formales de empresas privadas, los empleados públicos, los pensionados, jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago y sus respectivas familias. Y pertenecen al *régimen subsidiado* todas las familias y personas pertenecientes al segmento de población pobre y vulnerable.

2.1.2.6. Sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales SISBEN

Con el fin de poder saber quiénes hacían parte del régimen común o del subsidiado se creó el *SISBEN* “Sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales”. Este y el departamento nacional de planeación, lo definen como el sistema de información diseñado por el Gobierno

¹⁰Fedesarrollo “Diagnostico general del sector salud en Colombia: Evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación”.2007 Pág. 24

Nacional para identificar a las familias potenciales beneficiarias de programas Sociales cuyo objetivo principal es Establecer un mecanismo técnico, objetivo, equitativo y uniforme de identificación de posibles beneficiarios del gasto social para ser usado por las entidades territoriales y ejecutores de política social del orden nacional.

Este mecanismo está basado en una encuesta que mide un índice de valores entre cero a cien donde cero corresponde a la población más pobre. Este índice se divide en seis niveles para agrupar a los individuos según su ingreso y de esta forma determinar si harán parte o no del régimen subsidiado.

Además de lo descrito anteriormente, el SISBEN también busca (i) Facilitar la clasificación de los potenciales beneficiarios para programas sociales de manera rápida, objetiva, uniforme y equitativa, (ii) Permitir la elaboración de diagnósticos socioeconómicos precisos de la población, pobre para apoyar los planes de desarrollo municipal y distrital y el diseño y elaboración de programas concretos, orientados a los sectores de menores recursos o población vulnerable.

(iii) Contribuir al fortalecimiento institucional del municipio y distrito, mediante la puesta en marcha de un sistema moderno de información social confiable.(iv) Apoyar la coordinación interinstitucional municipal y distrital para mejorar el impacto del gasto social, eliminar duplicidades y facilitar el control tanto municipal y distrital, como de la sociedad y entidades ejecutoras de programas sociales que asignan subsidios a través del SISBEN y (v) Facilitar la evaluación de las metas de

focalización de los departamentos, distritos y municipios y la lucha contra la pobreza en el territorio colombiano.

2.1.2.7. Plan Obligatorio de Salud POS

Según establece el Ministerio de Salud y Protección Social, el eje del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia es el *Plan Obligatorio de Salud POS*, que corresponde al paquete de servicios básicos en las áreas de recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y cubrimiento de ingresos de manera transitoria, (prestaciones económicas) cuando se presenta incapacidad de trabajar por enfermedad, accidentes o por maternidad¹¹.

Para cada tipo de afiliación se ha establecido un contenido específico es decir, uno para el régimen contributivo otro paquete para el régimen subsidiado y un último paquete para el régimen subsidiado parcial compuesto por individuos con capacidad de pago limitada.

2.1.2.8. Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS o EPS-S)

Las Entidades promotoras de salud EPS, son las aseguradoras encargadas de la prestación del POS a los afiliados del régimen contributivo, de recaudar sus

¹¹ <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/pos.aspx> también consulte el portal del Plan Obligatorio de Salud de Colombia –POS. Ahí encontrará los listados actualizados de medicamentos, procedimientos, y servicios incluidos tanto en el POS del régimen contributivo como en el POS del régimen subsidiado, la normatividad vigente, un conjunto de preguntas frecuentes clasificadas por temas, documentos técnicos nacionales e internacionales que abordan la problemática del SGSSS y del POS, y toda la información sobre el Estudio de Suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación - UPC desde 2004 a la fecha.

aportes del sistema de salud y de promover la afiliación de la población no cubierta.

Las Administradoras del régimen subsidiado ARS o actualmente EPS cumplen las mismas funciones con el régimen subsidiado y las *Instituciones prestadoras de salud IPS* son los hospitales o centros de salud de cualquier tipo (público o privado) quienes deben atender las necesidades de los afiliados en términos de servicios médicos, quirúrgicos, tratamientos, procedimientos, medicamentos etc., que estén incluidos en el POS.

2.1.2.9. Ley estatutaria y ley ordinaria

El Gobierno Nacional radico hace poco el proyecto de ley 209 al Congreso de la República, que es un proyecto de *ley estatutaria* en salud, elaborado por la Gran Junta Médica. Este proyecto fue radicado el 6 de Diciembre del 2012, adicionalmente a inicios de marzo de 2013, se radica una propuesta para una *ley ordinaria* que plantea la redefinición del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Con el fin de entender más adelante la finalidad de estas dos radicaciones aclararemos los conceptos de los tipos de leyes. La *Ley ordinaria* es una ley que expide el Congreso en ejercicio de su facultad legislativa regular, corresponden a las que se dictan en virtud de sus funciones ordinarias. La *Ley estatutaria* está instituida principalmente para la regulación y protección de los derechos. Tienen trámite especial pues deben aprobarse por mayoría absoluta en las cámaras; son

de exclusiva expedición por el Congreso y durante una misma legislatura; adicionalmente son revisadas por la Corte Constitucional, organismo que ejerce sobre estas leyes un control previo de constitucionalidad.

2.1.3. MARCO LEGAL Y NORMATIVO DE LA SALUD EN COLOMBIA:

El marco legal y normativo en el que se ha desarrollado el Sistema de Salud Colombiano ha sido muy cambiante principalmente en los últimos 8 años; De todas formas, se busca hacer un recuento del proceso político y legal que ha tenido el sistema de salud en Colombia, haciendo énfasis principalmente en las reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La salud, tal y como se planteó en el marco conceptual, está definida por la OMS como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Se vio también en los supuestos implícitos de investigadores reconocidos, que es básico tener claro el concepto y aplicar alrededor de este, un buen sistema de salud para el bienestar y éxito en el desarrollo económico y social de cualquier país.

“Desde el paradigma antiguo hasta el paradigma moderno inclusive, la salud ha sido concebida en función del fenómeno opuesto: la enfermedad. Esto aparece como obvio porque la presencia del malestar que produce algunas modificaciones del proceso vital, permite hacer conciencia, desde el sentido común, del valor que tiene la vida sin sensaciones desagradables. Por tanto, esos procesos que el hombre ha llamado enfermedad, permiten pensar en la realidad de la salud como

recuperación de la sensación de bienestar que existía antes que apareciera la molestia¹²". Esta afirmación hecha por Emilio Quevedo, puede ser la base de las dificultades que se han generado en el Sistema de Salud Colombiano, ya que para establecer un sistema de salud y unas legislaciones claras que lo conlleven al éxito, es prioritario basarse en la definición misma y real del concepto de salud y de las responsabilidades del gobierno en cuanto al manejo y el éxito del sistema de salud que se desarrolle en el país.

Para abordar un marco político y normativo adecuado del sistema de salud en Colombia, es importante hacer algunas reflexiones acerca de los antecedentes y de los conceptos así como también un análisis general de la normatividad relacionada con el sistema de salud en Colombia, partiendo de la creación del Sistema Nacional de Salud en 1975 hasta la expedición de la Ley 100 y sus decretos reglamentarios¹³.

A continuación, se van a destacar algunos de los hechos más importantes en la historia de Colombia relacionados con el sistema de salud; sin embargo, es

¹² Quevedo Emilio. Proceso salud-enfermedad. Ponencia. Seminario permanente salud y administración. Bogotá; Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Estudios Interdisciplinarios, Postgrado en Administración en Salud. Junio 19 de 1990. P.54

¹³Para la construcción de este marco legal y normativo nos basaremos en la publicación que hace la Sra. Alba Lucía Vélez, MSP Profesora Titular, Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias para la Salud y Secretaria Ejecutiva, Programa de Investigación en Salud Pública y Sistemas de Salud, Universidad de Caldas, Manizales. Quien hace un análisis muy similar pero enfocada principalmente en la promoción de la salud, análisis que publica en su artículo "Marco político y legal de la promoción de la salud". Adicionalmente revisaremos las leyes y las reformas relacionadas con el objetivo mismo de esta investigación.

importante resaltar que en el Sistema de Salud Colombiano se deben determinar dos periodos importantes, antes y después de la ley 100 de 1993¹⁴.

2.1.3.1. Antecedentes de la ley 100:

2.1.3.1.1. Creación de la Caja Nacional de Previsión Social y del Instituto de Seguros Sociales:

“En 1945 la creación de la Caja Nacional de Previsión Social, Creada por disposición de la Ley 6 de 1945, la Caja, con naturaleza de establecimiento público y adscrita al Ministerio de Trabajo, nació para prestar seguridad social en favor de los empleados del sector público en dos frentes primordiales: de una parte el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas, y de otra, la atención médico-asistencial para el usuario y sus beneficiarios”¹⁵. A ella le siguieron más de mil instituciones análogas en el ámbito nacional, departamental y municipal. La más importante de ellas fue Instituto Colombiano de Seguros Social es creado el 26 de Diciembre de 1946 a través de la ley 90, durante el Gobierno del entonces Presidente de Colombia, Mariano Ospina Pérez. Este Instituto ha estado encargado de administrar la seguridad social de los colombianos por más de 60 años.

¹⁴Gerrero, M Ramiro, Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud, Colombia, Gallego Ana Isabel, Centro de Investigación en Economía y Finanzas, Universidad Icesi, Colombia, Víctor Becerril-Montekio, Lic. en Ec, M en Soc, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México y Johanna Vásquez, M Sc, Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia, Colombia. Publican un artículo sobre el Sistema de Salud de Colombia. Algunos de hechos más importantes fueron tomados de este artículo.

¹⁵Memoria histórica: CAJANAL vs Sistema General de Seguridad Social Castro Rodríguez Yeimy, Camacho Cañas Yulieth, Rueda Peralta Diego, Boletín de estudiantes PSIBA – Universidad de La Salle (Bogotá – Colombia) Vol. 1. No 1. (Julio – Septiembre) 2011

Inicialmente el Instituto de Seguros Sociales, administró los negocios de Salud, luego en 1964 riesgos profesionales y en 1967 pensiones. Por decisión del Gobierno Nacional, en agosto de 2008 se retiró al Seguro Social la administración en Salud, en Septiembre del mismo año la Administración de Riesgos Profesionales y hasta el 28 de septiembre de 2012 el ISS administró el Régimen de Prima Media con Prestación Definida. Actualmente y por el decreto 2013 del 28 de septiembre de 2012, el Gobierno Nacional ordenó la supresión y liquidación del Instituto de Seguros Sociales.

2.1.3.1.2. Creación de las cajas de Compensación familiar:

Posteriormente, en el año 1954 el gobierno nacional aprobó la Creación de las Cajas de Compensación Familiar. Inicialmente, el Sistema de subsidio familiar se desarrolló paralelamente a la ley 90 como lo estipulaba el artículo 9 de la misma. Este seguro inicialmente se estableció como un seguro facultativo “Podía organizarse para atender los subsidios familiares que algunos patronos llegaran a establecer por ley especial o en las convenciones colectivas de trabajo”¹⁶. Posteriormente un pacto que había realizado Ferrocarril de Antioquia con sus trabajadores, a través del cual se pagaba de manera voluntaria un subsidio por los hijos menores de 15 años, toma fuerza en 1949 y es reglamentado por la junta del sindicato y el gobernador y posteriormente en 1954 se eleva y se formaliza aún más este subsidio lo cual cobra gran importancia en el país en ese momento.

¹⁶Ver Congreso de la Republica. Ley 90 de 1946 Por la cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, Bogotá 1946.

Paralelamente, otras entidades importantes, principalmente de Antioquia inician también este proceso exigiendo también ayuda del gobierno en cuanto a la necesidad evidente de establecer una caja de compensación familiar. Lo anterior, llevo a que entidades como Fedesarrollo y la ANDI hicieran una investigación sobre la situación de la época en cuanto a salud se refiere. Los resultados de este estudio sustentaron la crisis de seguridad social en el país, la cual afectaba prioritariamente a las familias con menos recursos.

La Asociación de industriales ANDI, inicia entonces una presión fuerte con el fin de lograr implementar un subsidio familiar que permitiera a los trabajadores velar por la salud de su familia y contar con un respaldo que no pusiera en riesgo la estabilidad económica y la educación de la misma.

Lo anterior, se evidenciaba cuando los trabajadores se veían obligados a usar dinero de bolsillo para atender todas las necesidades que afectaran la salud de cada uno de sus miembros. Vale la pena destacar que para la época, las familias eran bastante numerosas exactamente por la misma carencia en la implementación de un sistema de salud y un subsidio familiar adecuado. Después del gran esfuerzo realizado por la ANDI, presionando de cierta forma al Gobierno Nacional para la implementación de las cajas de compensación, se logra el 30 de julio de 1954, la fundación de la caja de Compensación familiar de Antioquia CONFAMA con 45 empresas afiliadas.

2.1.3.1.3. Inicios del Sistema de Salud Nacional

En 1975 se organizó formalmente el Sistema Nacional de Salud. El foco principal de este sistema naciente era principalmente resolver los problemas de salud de la población en cuanto a la enfermedad, es decir no se tomó en cuenta desde sus inicios la definición global del concepto de salud.

Si tenemos en cuenta la definición que se le dio a sistema de salud, “el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tenían como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación”, evidenciamos en este caso que la funcionalidad del sistema se basó en la dependencia entre niveles de atención, la regionalización de servicios, relaciones intersectoriales y la inclusión, como componente importante, de la participación de la comunidad. El directo responsable del funcionamiento y resultados de este sistema de salud era el gobierno nacional.

Como se estableció anteriormente, con el sistema de salud establecido en 1975 no se abarcaba el cuidado de la salud en base a su significado global, lo cual de antemano dejaba al descubierto muchos aspectos trascendentales en el bienestar de una población; Sin embargo, con la ley 10 del 10 de enero de 1990 se introducen cambios conceptuales muy valiosos. El concepto de salud que propone la ley abarca no solamente el tratamiento de la enfermedad como tal, sino que establece en su artículo cuarto “que el sistema de salud comprende los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación; que en él intervienen diversos

factores tales como los de orden biológico, ambiental, de comportamiento y de atención propiamente dicha y que de él forman parte, tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, como también, en lo pertinente, las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud”.

En esta ley se consagra la salud como un servicio público, a cargo de la nación y gratuito en los servicios básicos a todos los habitantes del territorio. Se entiende también que el estado responde, interviene y regula ese servicio público y debe propender porque las condiciones de salud de sus habitantes sean óptimas en cuanto a cobertura, oportunidad, calidad y acceso entre otras, sin importar si el servicio es ofertado por una entidad pública o privada. Teniendo en cuenta este cambio en la concepción de la salud y del sistema de salud se hace imprescindible que se asigne una responsabilidad visible a los entes territoriales, es decir se genera la descentralización de la salud, incorporando los planes básicos de salud a los planes de desarrollo municipal y departamental.

La Ley 10 de 1990, es entonces, el acercamiento a los cambios más radicales que tuvo Colombia en su sistema de salud, los cuales fueron generados principalmente por la expedición de la nueva Constitución Política, la Ley 60 y la Ley 100 de 1993.

2.1.3.2. Después de la ley 100 - Régimen de salud actual y sus reformas

2.1.3.2.1. Evolución y reforma del sistema de salud (1991/1993):

En 1991 se expide la nueva Constitución Política de Colombia y establece en el Artículo 48 que “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio

que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social". Este artículo muestra, la intención firme del estado por propender por el bienestar de los habitantes del territorio nacional y por mejorar la calidad de vida de la población. Adicionalmente, establece constitucionalmente las directrices para el funcionamiento del nuevo sistema de salud que propone para los colombianos como lo son, la participación de los particulares en el sistema de salud, lo cual buscaba ampliar progresivamente la cobertura de la Seguridad Social y la prohibición para destinar y utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.

En los artículos 44 y 46 se destaca y aclara la importancia de dar cobertura en cuanto a seguridad social se refiere, tanto a las personas de la tercera edad como a la población infantil, con esto se establece que el derecho a la seguridad social y el concepto de seguridad social integral tiene un objetivo claro de cobertura general y no se ata a la existencia de un contrato laboral.

Para poder dar paso a lo planteado en la Constitución Política era necesario hacer un cambio y una reforma al sistema de salud vigente anteriormente y es cuando en 1993 se da paso a la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud con la ley 100. Esta ley puede considerarse uno de los aportes con mayor trascendencia y desarrollo legislativos y en salud de los últimos tiempos. Se basa en unos principios básicos que buscan, la cobertura universal, la solidaridad que

debe tener la población de más poder adquisitivo con la población de escasos recursos, la eficiencia en el manejo de los recursos destinados para el cuidado de la salud por parte de los actores de dicho sistema, la integralidad en el cuidado de la salud de la población entendiendo salud como un concepto que no abarca solo la enfermedad y la libre escogencia ya que se basa en la competencia sana para lograr calidad en los servicios prestados por los diferentes actores del sistema entre otros.

Como se mencionaba anteriormente, la población se segmenta en dos grupos, el régimen Contributivo, cuyo poder adquisitivo le permite ser solidario ya que es empleado actualmente o independiente con recursos suficientes y el Régimen subsidiado que es la población más vulnerable y que no cuenta con los recursos suficientes para su manutención.

Dentro de esta ley se crea un plan de beneficios para cada uno de los grupos establecidos anteriormente que se denominara el Plan Obligatorio de salud POS. Plan de beneficios que incluye un conjunto de acciones de prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud, desde la medicina preventiva hasta diversos tratamientos avanzados de todas y cualquiera de las enfermedades o condiciones que hacen necesaria la atención en salud.

Anteriormente el POS tenía diferencias de acuerdo al régimen al que perteneciera cada individuo. “A partir del 1 de julio de 2012 todos los colombianos, sin importar el régimen al que estén afiliados, pueden acceder a un mismo Plan Obligatorio de

Salud. El POS vigente en Colombia, definido por la Comisión de Regulación en Salud, CRES, en el Acuerdo 029 de 2011, es un conjunto de: 5.874 actividades, procedimientos e intervenciones en salud y servicios hospitalarios, y más de 730 medicamentos para la atención de toda y cualquier condición de salud, enfermedad o patología para usuarios de todas las edades”¹⁷.

2.1.3.2.2. Gestión Financiera y manejo de fondos del sistema de salud:

Así mismo y con el fin de cumplir con el principio de eficiencia en el área financiera y de manejo de fondos, la Ley 100 de 1993 crea el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, que se define como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, cuyos recursos se destinan a la inversión en salud.

El FOSYGA cuenta con unas subcuentas de compensación interna del régimen contributivo, de solidaridad del régimen de subsidios en salud, de promoción de la salud y del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito ECAT. Dentro del artículo 3 de la ley 100 se establece que “los recursos del FOSYGA se manejan de manera independiente dentro de cada subcuenta y se destinarán exclusivamente a las finalidades consagradas para estas en la ley, de conformidad con lo establecido en el artículo 48 de la Constitución Política. Los intereses y rendimientos financieros que produzca cada una de ellas se incorporarán a la

¹⁷Esta información se obtuvo de la página web del Ministerio de salud, creada específicamente para informar a la población sobre el POS <http://www.pos.gov.co/Paginas/POS.aspx>

respectiva subcuenta, previo el cumplimiento de las normas presupuestales que sean aplicables a cada una de ellas”.

Sin embargo, a pesar de los planteamientos de esta ley, algunos autores consideran que Colombia no tenía la capacidad fiscal para asumir los retos del nuevo modelo. Hoy, 20 años después de la ley 100, el país pasa por una coyuntura especialmente difícil dejando en duda incluso la sostenibilidad financiera del sistema.

2.1.3.2.3. Reformas al sistema de salud planteado en la ley 100 de 1993:

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, ha pasado por dos reformas en busca de corregir los problemas que puedan poner en peligro su sostenibilidad, pero lo que aún no se ha podido evidenciar es que efectivamente la implementación de estas, haya dado un giro radical al sistema haciendo lo más eficiente y sostenible en el tiempo.

La primera de las reformas fue la ley 1122 de 2007, la cual refleja cambios encaminados a la privatización de los servicios de salud. Artículos como el No. 14 de la citada ley, tiene evidentes influencias del Código Comercial Colombiano en lo que corresponde a los servicios y procedimientos médico-sanitarios; adicionalmente, la Corte Constitucional señala que al delegarse la prestación del servicio público de salud a una entidad particular, ésta ocupa el lugar del Estado legitimándose para obtener utilidades a costa de la salud de los usuarios de este

servicio¹⁸. Esta ley tiene como puntos a destacar, la institución de una Comisión Reguladora en Salud CRES, cuya función más relevante es el establecimiento del plan obligatorio de salud POS.

Una de las críticas que plantea José o López Oliva, es que dichos comisionados son escogidos y nombrados por el Presidente de la República, con la consecuente desaparición de la participación de la ciudadanía, quien debería tener la posibilidad de ejercer los derechos políticos, y así garantizar los derechos civiles y sociales de la comunidad. Otros puntos importantes a tener en cuenta, son la disminución del tiempo de cotización y el periodo de carencia, la ampliación de la cotización del régimen contributivo en un 0,5%, el porcentaje del Sistema General de participaciones que los entes territoriales deben destinar a la afiliación en el Régimen Subsidiado; no obstante lo anterior, como bien lo afirma López Oliva en su artículo, “las modificaciones realizadas al SGSSS en Colombia no muestran una estructura jurídica y económica sólida y coherente, porque si bien es cierto que se indica, por ejemplo, que la salud de las personas debe prevalecer, muchos de los recursos destinados a este sector se desvían para la ejecución de otras actividades.

¹⁸Para hacer el análisis de la ley 1122 de 2007 nos basaremos en el artículo de reflexión “LA ÚLTIMA REFORMA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA: Lejano de la eficiencia y camino a la privatización total.” Escrito por el Dr. José O. López Oliva Abogado consultor, conferencista a nivel nacional e internacional, profesor Universitario de Pregrado y Postgrado, candidato a Magister en Derecho con enfoque en Derecho de la Responsabilidad y Seguros de la Universidad de los Andes, Magister de la Universidad Carlos III de Madrid (España), Especializado en Derecho Comercial de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín; con estudios de postgrado en Derecho Penal y Probatorio de la Universidad del Rosario.

El deber de todos los Estados al establecer y estructurar los SGSSS es el de prevención, atenuación y corrección de las fallas de dichos sistemas, en el marco de los principios de igualdad y equidad, destinados a los asociados que claman por su derecho fundamental a la salud”. Es evidente que a pesar de que se trata de mejorar en algunos aspectos el sistema de salud, no hay un foco claro de la problemática del mismo.

En el año 2011 se plantea una nueva reforma a la salud con la ley 1438, cuyo objetivo general plantea el “fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia, Atención Primaria en Salud, permita la acción coordinada del estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable que brinde servicios de mayor calidad incluyente y equitativo donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes del país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera”¹⁹.

Esta reforma buscando la igualdad y la unificación del plan de beneficios, establece que los niños y adolescentes con discapacidad o enfermedades catastróficas certificadas , en el SISBEN 1 y 2, tienen todos los servicios y medicamentos sin ningún costo; además de los niños y adolescentes víctimas de

¹⁹Congreso de la Republica de Colombia Ley 1438 de Enero 19 de 2011.

violencia física o sexual, sin importar a que régimen pertenezcan. Se establece que los comités técnico científicos deben asegurar la interdisciplinariedad entre los pares especializados del profesional de la salud tratante y la plena autonomía en sus decisiones. Y también establece que los requerimientos de medicamentos o servicios por fuera del Plan de Beneficios POS, deben ser gestionados por las EPS en dos días hábiles, entre otras disposiciones.

A pesar de los intentos por hacer una reforma a la salud, que elimine y corrija la problemática que presenta el sistema actual, las reformas anteriores no han sido muy exitosas en cuanto a este aspecto se refiere. Actualmente, existen planteamientos que abogan por eliminar las EPS y el modelo de aseguramiento actual. Para ser más específicos y como se mencionó anteriormente, el Gobierno Nacional radicó el 6 de Diciembre de 2012 el proyecto de ley 209 al Congreso de la República, que es un proyecto de *ley estatutaria* en salud, elaborado por la Gran Junta Médica.

Adicionalmente a inicios del mes de Marzo del 2013, se radicó una propuesta como *ley ordinaria* que plantea nuevamente la redefinición del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Durante el desarrollo de esta investigación buscaremos determinar si con esta nueva propuesta para la reforma de la salud se corrigen o eliminan los problemas más importantes y trascendentales del Sistema de Salud actual en Colombia y si de esta forma se logra que este sea un sistema sostenible y perdurable en el tiempo.

2.1.4. DESCRIPCION GENERAL DE VARIABLES E INDICADORES

Dentro del concepto de necesidades en salud, su impacto sobre la calidad de vida de la población y la definición de los problemas del sistema de salud antes y después de la reforma de la ley 100 con sus subsecuentes reformas, se encuentran implícitas las variables que ayudaran a determinar si la nueva propuesta para la reforma de la salud logrará que el sistema, sea realmente eficiente, universal, solidario, sostenible y perdurable en el tiempo. Estas variables se definirán dentro de los conceptos de la problemática del sistema de salud vs. el impacto sobre la sostenibilidad y perdurabilidad del mismo.

Se tratarán de identificar las variables que hasta el momento han producido los cambios más radicales en el sistema de salud, destacando también aquellas que son evidentes y que se han dejado de lado, poniendo en evidencia los problemas financieros y de liquidez del sector, los cuales desatan otras problemáticas como consecuencia, afectando no solo la calidad en los servicios sino los principios en sí, sobre los que fue creado el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El sistema de salud en Colombia tiene unas metas claras establecidas. Si el cumplimiento a lo escrito en las diferentes leyes y reformas que rigen el sistema de salud, fuera estricto, el sistema de salud se convertiría en un instrumento poderoso para incrementar el bienestar de la población y el desarrollo económico del país. En caso contrario, si ese sistema no funciona de manera apropiada, el logro de las metas establecidas se verá comprometido. “Adicionalmente, aún con un funcionamiento adecuado, el impacto del cumplimiento de estas metas sobre el

bienestar y las finanzas públicas será sustancial; sin embargo, ese adecuado funcionamiento está relacionado con otros elementos como el institucional, el financiero y, de manera importante, el de regulación.²⁰”

El grupo de variables que se utilizarán para desarrollar este estudio, pertenece a aquellas que influyen el equilibrio financiero y que adicionalmente afectan directamente a la población impactando su bienestar y su calidad de vida. Entre esas variables se destacan (i) aspectos demográficos y de la fuerza laboral, (ii) aspectos económicos como los niveles de ingreso, salarios y empleo, (iii) cobertura del sistema de salud, (iv) calidad y acceso a los servicios del sistema, (v) duplicidad del gasto (vi) flujo de los recursos del sistema de salud (problemas institucionales), (vii) Gasto en salud y estabilidad financiera y (viii) regulación financiera.

2.1.4.1. (i) Aspectos demográficos de Colombia:

A continuación se podrá observar en las tablas 1, 2 y 3, la descripción de los (i) aspectos demográficos de Colombia, basados en las estimaciones y proyecciones hechas por el DANE, sobre la población nacional desde el año 2010 hasta el 2015. Esto dice claramente cuál es el objetivo de cobertura del Gobierno Nacional en cuanto al sistema de salud se refiere. Actualmente son 47.057.959 habitantes en el territorio nacional; de ese total, aproximadamente 23.400.000 son la población económicamente activa y la población restante está distribuida en su gran mayoría

²⁰Diagnostico General del Sector Salud en Colombia: Evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación, Santa María Mauricio, García A. Fabián. Fedesarrollo (2007)

entre niños y jóvenes estudiantes y los adultos mayores en una proporción muy inferior. Vale la pena analizar en estos datos estadísticos, que sin conocer aún la información del desempleo y el ingreso, un poco más del 35% dependen de la población económicamente activa.

En la tabla 1 se observa, que entre el 2010 y 2011, 13.012.592 de niños y niñas (edades entre 0 y 14 años), es decir aproximadamente el 28% del total de la población, dependían económicamente de sus padres o acudientes. Adicionalmente, los colombianos de tercera edad (edades entre 65 años y más) quienes tienen pensión o dependen económicamente de sus familiares o acudientes eran aproximadamente 3.487.035 es decir el 7,6% del total de la población para estos años. Con esto se concluye que el total de la población económicamente activa era del 63,74% que correspondía a 29.009.957 de habitantes entre hombres y mujeres.

Para el periodo del 2012 – 2013, el cual se puede observar en la tabla 2 se evidencia un incremento de la población total del periodo anterior a este en 1.023%. Existe actualmente según la información del Dane, una población de niños y niñas de 12.922.990 es decir el 27,74%. Lo anterior denota una reducción de este segmento poblacional con respecto a las cifras del periodo anterior. En cuanto a los adultos mayores se totalizan 3.259.546 equivalentes a un 7% del total de la población, lo cual en relación al periodo analizado anteriormente denota una reducción del 0.6%. Lo anterior resalta claramente el incrementó de la población

activa económicamente para el periodo 2012-2013 con relación al periodo 2010-2011.

Para los años 2014 y 2015 (tabla 3), se proyecta también un incremento de la población total con respecto al periodo anterior en un 1.023%. Estableciendo como total de la población infantil 12.872.589, población activa económicamente 31.302.183 y como personas de la tercera edad 3.487.015.

Tabla 1. Aspectos demográficos - Estimaciones y proyecciones de población nacional 2010-2011, por sexo y grupos quinquenales de edad.

Fuente: "Tomado de la información estadística publicada por el DANE"

Grupos de edad	2010			2011		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
NACIONAL						
Total	45,509,584	22,466,660	23,042,924	46,044,601	22,731,299	23,313,302
0-4	4,279,721	2,188,787	2,090,934	4,284,237	2,191,282	2,092,955
5-9	4,308,667	2,200,373	2,108,294	4,286,387	2,189,770	2,096,617
10-14	4,424,204	2,258,722	2,165,482	4,393,148	2,242,213	2,150,935
15-19	4,392,416	2,252,800	2,139,616	4,403,814	2,257,296	2,146,518
20-24	4,048,318	2,059,500	1,988,818	4,110,318	2,097,701	2,012,617
25-29	3,615,319	1,779,905	1,835,414	3,678,614	1,820,091	1,858,523
30-34	3,266,313	1,591,864	1,674,449	3,323,648	1,620,460	1,703,188
35-39	2,927,032	1,412,796	1,514,236	2,956,138	1,429,005	1,527,133
40-44	2,933,196	1,404,380	1,528,816	2,923,885	1,400,271	1,523,614
45-49	2,737,901	1,309,918	1,427,983	2,790,367	1,334,362	1,456,005
50-54	2,288,314	1,088,520	1,199,794	2,374,840	1,129,352	1,245,488
55-59	1,815,503	865,517	949,986	1,890,811	899,276	991,535
60-64	1,412,231	671,391	740,840	1,473,107	698,985	774,122
65-69	1,048,429	492,883	555,546	1,089,641	511,743	577,898
70-74	830,113	378,256	451,857	837,870	381,406	456,464
75-79	588,245	260,275	327,970	615,521	270,584	344,937
80 Y MÁS	593,662	250,773	342,889	612,255	257,502	354,753

Tabla 2. Aspectos demográficos- Estimaciones y proyecciones de población nacional 2012-2013, por sexo y grupos quinquenales de edad

Fuente: "Tomado de la información estadística publicada por el DANE"

Grupos de edad	2012			2013		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	46,581,823	22,997,087	23,584,736	47,121,089	23,264,039	23,857,050
0-4	4,291,149	2,195,042	2,096,107	4,299,725	2,199,694	2,100,031
5-9	4,272,011	2,183,050	2,088,961	4,264,594	2,179,681	2,084,913
10-14	4,359,830	2,225,316	2,134,514	4,327,970	2,209,575	2,118,395
15-19	4,401,418	2,253,817	2,147,601	4,387,955	2,244,449	2,143,506
20-24	4,169,560	2,131,976	2,037,584	4,222,511	2,160,859	2,061,652
25-29	3,746,936	1,865,770	1,881,166	3,818,440	1,914,365	1,904,075
30-34	3,375,368	1,645,881	1,729,487	3,425,261	1,671,089	1,754,172
35-39	3,007,266	1,455,986	1,551,280	3,073,074	1,490,015	1,583,059
40-44	2,903,042	1,391,246	1,511,796	2,880,514	1,381,926	1,498,588
45-49	2,832,007	1,353,150	1,478,857	2,862,194	1,366,374	1,495,820
50-54	2,460,771	1,170,514	1,290,257	2,542,977	1,210,148	1,332,829
55-59	1,969,508	934,289	1,035,219	2,051,081	970,679	1,080,402
60-64	1,533,411	726,244	807,167	1,594,650	753,793	840,857
65-69	1,139,440	534,198	605,242	1,194,296	558,729	635,567
70-74	848,094	386,153	461,941	865,218	394,140	471,078
75-79	641,029	280,312	360,717	660,523	287,769	372,754
80 Y MÁS	630,983	264,143	366,840	650,106	270,754	379,352

Tabla 3. Aspectos demográficos - Estimaciones y proyecciones de población nacional 2014-2015, por sexo y grupos quinquenales de edad

Fuente: "Tomado de la información estadística publicada por el DANE"

Grupos de edad	2014			2015		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	47,661,787	23,531,670	24,130,117	48,203,405	23,799,679	24,403,726
0-4	4,310,123	2,205,140	2,104,983	4,321,637	2,211,071	2,110,566
5-9	4,260,992	2,178,087	2,082,905	4,258,678	2,177,132	2,081,546
10-14	4,301,474	2,196,672	2,104,802	4,282,708	2,187,619	2,095,089
15-19	4,367,653	2,231,913	2,135,740	4,345,112	2,218,821	2,126,291
20-24	4,264,257	2,182,627	2,081,630	4,292,291	2,196,610	2,095,681
25-29	3,889,676	1,961,986	1,927,690	3,957,939	2,005,736	1,952,203
30-34	3,478,846	1,700,271	1,778,575	3,539,724	1,736,122	1,803,602
35-39	3,141,854	1,525,194	1,616,660	3,205,979	1,557,606	1,648,373
40-44	2,869,549	1,378,539	1,491,010	2,879,410	1,385,333	1,494,077
45-49	2,879,512	1,373,706	1,505,806	2,883,795	1,375,401	1,508,394
50-54	2,617,116	1,245,714	1,371,402	2,680,490	1,275,603	1,404,887
55-59	2,134,484	1,008,294	1,126,190	2,218,791	1,046,914	1,171,877
60-64	1,659,236	782,667	876,569	1,728,396	813,311	915,085
65-69	1,250,825	583,881	666,944	1,307,382	608,850	698,532
70-74	891,781	406,288	485,493	926,841	421,960	504,881
75-79	674,766	293,335	381,431	684,618	297,544	387,074
80 Y MÁS	669,643	277,356	392,287	689,614	284,046	405,568

2.1.4.2. (ii) Aspectos económicos como los niveles de ingreso, salarios y empleo:

Basados en la información que establece el DANE y que se expone en las tablas anteriores y teniendo en cuenta que la tasa de desempleo es del 10,2%, se puede resaltar que muchos de los empleos que ayudan a que esta tasa no sea superior, son informales. La informalidad es una opción laboral para la población de bajos recursos.

Los ingresos de los trabajadores informales suelen ser menores a los recibidos por un trabajador formal, por lo tanto los trabajadores informales no suelen hacer aportes ni contribuciones a seguridad social. Según las investigaciones hechas por Fedesarrollo “se predice que por cada punto porcentual adicional en la tasa de informalidad, el régimen contributivo deja de recibir 328.000 millones de pesos para 2012, lo que equivale a 2,7% de sus ingresos en 2011. Si se cumplen las metas del gobierno consignadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 de reducción de 6 pps de la tasa de informalidad, esto implicaría ganancias adicionales de 13,8% en los ingresos del régimen contributivo para 2015.”

Es aquí donde se puede visualizar como uno de los factores que afecta la financiación del sistema de salud (ver tabla 4. Tasas de informalidad). A mayor informalidad menor será el aporte del contributivo para subsidiar las necesidades de la población vulnerable, que según la ley ya cuenta con el derecho al acceso a los servicios de salud incluidos en el POS-S correspondiente (actualmente en proceso de unificación total). Según este contexto se entiende, que la tasa de incremento del régimen subsidiado es mucho mayor a la del régimen contributivo y

que si no se cumple con las metas del Plan Nacional de Desarrollo, los problemas financieros y de liquidez pueden empeorar.

Tabla 4. Escenarios de tasa de Informalidad

“Tomado de información estadística publicada por Fedesarrollo”

	2011	2012	2013	2014	2015
Alta	0,610	0,620	0,630	0,640	0,650
Base	0,614	0,614	0,614	0,614	0,614
Baja	0,610	0,600	0,580	0,570	0,550

Fuente: Proyecciones Fedesarrollo.

Los aspectos económicos analizados hasta el momento, es decir la capacidad económica y productiva de la población y su potencial de desarrollo, van muy de la mano con el Producto Interno Bruto PIB, el cual, según cifras publicadas por la Organización Mundial de la Salud varía directamente con el gasto en salud. Esto, para el caso de Colombia, quiere decir que su desarrollo económico impactará directamente en la estabilidad financiera del sistema de salud y por lo tanto en la calidad de vida y el bienestar de la población. Según lo proyectado en el Plan Nacional de Desarrollo y tal como mencionábamos anteriormente, un crecimiento sostenido del PIB logrará que la tasa de desempleo disminuya al igual que la informalidad y por lo tanto habrá un incremento de salarios. Esto sin ninguna duda, favorece la ampliación del aseguramiento, de los planes de beneficios de salud y la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

Tabla 5. Escenarios de crecimiento del PIB

“Tomado de información estadística publicada por Fedesarrollo”

Variable	2011	2012	2013	2014	2015	
PIB	Alto	6,2	6,8	7,0	6,4	7,0
	Base	5,0	5,7	5,3	5,5	6,0
	Bajo	3,4	3,8	4,1	4,2	3,8

Fuente: Proyecciones Fedesarrollo.

2.1.4.3. (iii) Cobertura del sistema de salud:

Revisando los avances que se han tenido en cobertura con los diferentes cambios y reformas a la seguridad social, se podrá ratificar que hay un avance significativo. Sin embargo, no se puede dejar de lado la casuística expuesta anteriormente sobre la informalidad laboral y la estabilidad financiera del sistema, pues se hace preocupante en términos de sostenibilidad del sistema, el incremento constante en la cobertura, principalmente en el Régimen Subsidiado.

Antes de la reforma establecida en la ley 100 de 1993, el sistema de salud tenía como problema principal la baja tasa de cobertura. Dicho sistema se basó en tres pilares fundamentales, el sistema de seguridad social, el sector público y el sistema privado. Cada sector se financiaba de forma diferente y a pesar de los esfuerzos, solo el 31% de la población tenía acceso a la seguridad social. El 70% de la población restante no estaba cubierta por el sistema y se atendía a través del sector público²¹.

²¹Diagnostico General del Sector Salud en Colombia: Evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación, Santa María Mauricio, García A. Fabián. Fedesarrollo (2007)

Tabla 6. Cobertura de la Seguridad Social 1990

“Tomado de información estadística publicada por Fedesarrollo²²”

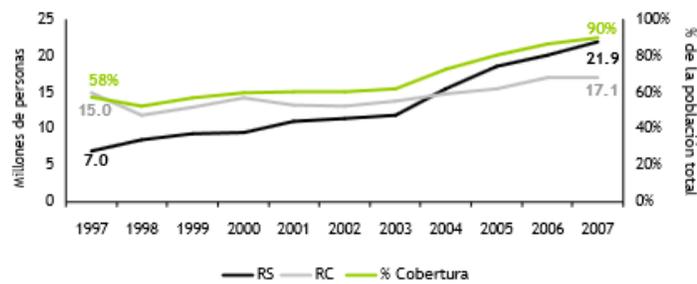
Modo de afiliación	Población cubierta	% de la población total
Afiliados al ISS	2.724.340	8,3%
Afiliados a la Caja Nacional de Previsión	228.074	0,7%
Afiliados a otras entidades de Seguridad Social	523.646	1,6%
Beneficiarios ISS	4.704.274	14,3%
Beneficiarios otras entidades de Seguridad Social	2.181.238	6,6%
Total	10.361.572	31,4%

Fuente: Zuleta (1991).

Posteriormente se pone en marcha el nuevo sistema de salud con la ley 100. La finalidad principal de este, era dar por terminados los problemas tan graves de cobertura que poseía el sistema anterior, afectando la salud, la calidad de población y por consiguiente el desarrollo del país. El nuevo sistema hasta el 2007, logró un incremento sustancial en la cobertura, ya que se pasó del 31% expuesto anteriormente a aproximadamente un 90% en el 2007. (Tabla 6 y 7)

Tabla 7. Número de personas afiliadas al SGSSS y cobertura (%), 1997 - 2007

“Tomado de información estadística publicada por Fedesarrollo²³”



Fuente: DNP, MPS y SIGOB.

²² Diagnóstico General del Sector Salud en Colombia: Evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación, Santa María Mauricio, García A. Fabián. Fedesarrollo (2007)

²³ Diagnóstico General del Sector Salud en Colombia: Evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación, Santa María Mauricio, García A. Fabián. Fedesarrollo (2007)

Se puede ver entonces que Colombia ha hecho un gran avance en términos de cobertura. Según los cálculos del modelo de financiamiento, se estimó que para este año solo el 3,8% de la población debe estar sin acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el 2015 el gobierno planea disminuir este porcentaje hasta el 0,9% ampliando claro está, la cobertura del plan de beneficios del régimen subsidiado.

2.1.4.4. (iv) Calidad y acceso a los servicios del sistema:

Este plan de beneficios ha pasado por varias reformas que han permitido ampliar el acceso de la población al sistema de salud, incluyendo tratamientos y medicamentos para enfermedades de mediana complejidad. Adicionalmente la ley 1122 de 2007, disminuyó el periodo de permanencia para el acceso a tratamientos, medicamentos y servicios de enfermedades de alto costo y eliminó las cuotas moderadoras y los pagos compartidos para el nivel 1 del Régimen Subsidiado, facilitando aún más el acceso de la población con menos recursos.

2.1.4.5. (v) Duplicidad del gasto:

El gasto financiero y la duplicidad del mismo ha sido muy difícil de controlar. En el sistema de salud anterior, el cálculo para la asignación de fondos a los hospitales se hacía de acuerdo a un promedio histórico de los requerimientos de dicha institución para su funcionamiento. Actualmente, además de cobrar este rubro, los hospitales generan cobros adicionales a las EPS, ARS y entidades territoriales por los servicios prestados a la población vinculada. Es de resaltar que, aunque esta

población ha disminuido notablemente, lo gastos de las instituciones hospitalarias se han incrementado. Este es un tema que requiere un análisis muy exhaustivo por parte del gobierno pues es evidente que de alguna forma hay un desperdicio de recursos.

2.1.4.6. (vi) Flujo de los recursos del sistema de salud (problemas institucionales):

Otra de las problemáticas del sistema de salud actual, es el flujo de los recursos del sistema de salud, pues como se resalta en la investigación hecha por Fedesarrollo, al tener un esquema institucional y financiero tan complejo, es casi imposible que no se presente un obstáculo en la cadena de flujo de recursos desde que son entregados por el Gobierno Nacional hasta que llegan a su destino final.

2.1.4.7. (vii) Gasto en salud y estabilidad financiera:

Lo descrito en el punto anterior, es una pequeña muestra de la ausencia de regulación financiera en el Sistema de Salud Colombiano. Se ha generado mucha polémica por la mala manipulación de los fondos destinados para la salud por parte de todos los entes administradores. Casos como las multifiliaciones, dobles afiliaciones entre regímenes, el subsidio a personas fallecidas, la compensación por personas inexistentes, el cobro de prestación de servicios a personas que nunca los solicitaron, los malos manejos por parte de las autoridades locales, la pérdida de recursos en las entidades territoriales y el destino de dichos recursos a actividades diferentes a la salud entre otras tantas, son las que realmente ponen en peligro la sostenibilidad de nuestro sistema de salud.

2.1.4.8. (viii) Regulación financiera:

Este tema será tratado y analizado más adelante, respaldándonos en los documentos y autores seleccionados. Sin embargo, con lo expuesto anteriormente es evidente que los avances y mejoras no han ido enfocados exactamente en mejorar la gestión y flujo de los recursos del sistema de salud.

Son todas estas variables descritas anteriormente, las que se tendrán en cuenta para el desarrollo de esta investigación, ya que son las que afectan directa o indirectamente el funcionamiento del sistema de salud y por lo tanto requieren atención urgente por parte de las entidades encargadas.

3. CAPITULO 3

3.1. DESARROLLO METODOLOGICO DE LA INVESTIGACION

El tipo de investigación a realizar es de tipo descriptivo de caso explicativo, basado en la evidencia de investigación teórica, documental y de algunas publicaciones en la prensa nacional. Se definió este tipo de investigación debido a que existen autores especializados en el tema, instituciones y periodistas u otros autores con diferentes especialidades que han dejado mucha evidencia sobre el sistema de salud en Colombia y sus problemáticas actuales.

Para lograr el objetivo de la investigación, se tendrán que describir los cambios y etapas más trascendentes en el caso de Colombia y su sistema de salud y así, posteriormente poder identificar y explicar los problemas más importantes de este concluyendo si con la nueva propuesta para la reforma a la salud podrán corregirse o eliminarse estos inconvenientes.

3.1.1. Metodología de la investigación.

Debido a que esta investigación es de tipo descriptivo de caso explicativo, basado en la evidencia de investigación teórica, documental y de la prensa nacional. Se seleccionaron documentos y publicaciones de autores especializados en el tema, instituciones, periodistas y otros con diferentes especialidades que han dejado mucha evidencia sobre el sistema de salud en Colombia y sus problemáticas actuales.

Para poder avanzar y recopilar de estos documentos seleccionados, la información requerida, se define que la metodología utilizada en este estudio, es hermenéutica como enfoque central y desde esa perspectiva, se pretende, si es posible, determinar si con la nueva propuesta para la reforma de la salud se corrigen o eliminan los problemas más importantes y trascendentales del Sistema de Salud actual en Colombia y si de esta forma se logra que este sea un sistema sostenible y perdurable en el tiempo y comprobar la hipótesis establecida.

3.1.1.1. Descripción de Documentos a analizar:

Se han seleccionado como documentos a analizar, tres publicaciones de la prensa nacional, cuatro de autores expertos y especializados en el tema y tres documentos adicionales que corresponden a las dos reformas realizadas al sistema de salud en los años 2007 y 2011 y a la nueva propuesta radicada por el gobierno nacional a inicios de este año.

3.1.1.1.1. Publicaciones de la prensa nacional:

La primera publicación de prensa fue realizada el 9 de mayo de 2013 por Juan Gossain, escritor y periodista Colombiano quien denomina su publicación "Esto dice la letra menuda del proyecto de reforma de la salud". La segunda fue publicada el 11 de mayo de 2013 por Guillermo Perry Rubio, economista y político Colombiano quien denomina su publicación "Salud sin Barreras". Y la tercera fue publicada el 5 de Abril de 2013 por Mauricio Torres Tovar - Médico salubrista público, quien denomina su publicación "Nueva propuesta de reforma al sistema de salud": CERO Y VAN TRES.

3.1.1.1.2. Documentos teóricos investigativos de autores expertos y

especializados:

El primer documento seleccionado, correspondiente a autores expertos y especializados en el tema, tiene como autor al profesor Jeffrey Sachs, apoyado por la Organización Mundial de la Salud y denominado “Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development” en Diciembre 2011. El segundo, es una investigación realizada por Fedesarrollo llamada “Diagnóstico General del sector salud en Colombia: Evolución, contexto y principales retos en un sistema de transformación” (2007). El tercero llamado “La sostenibilidad financiera del Sistema de Salud Colombiano - Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro” publicado por Fedesarrollo a mediados del 2012. Y un cuarto documento llamado “Elementos fundamentales del equilibrio financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que inciden en las decisiones de ajuste del POS y de la UPC”, publicada por Ramón Abel Castaño Yepes, MD, MS en coordinación del Área de la Salud de la Fundación Corona.

3.1.1.1.3. Documentos legislativos (incluidos dentro de los teóricos investigativos):

Finalmente, tenemos tres documentos adicionales que como mencionamos anteriormente, corresponden a las dos reformas realizadas al sistema de salud en los años 2007 y 2011 y a la nueva propuesta radicada por el gobierno nacional a inicios de este año.

3.1.1.2. Procedimiento para el análisis y recolección de información:

Los documentos citados anteriormente se escogieron por ser muy actuales y por tener temas alusivos al Sistema de Seguridad Social en Colombia en donde se pueda evidenciar la problemática actual y el impacto de esta sobre la sostenibilidad y perdurabilidad del mismo.

Estos, serán comparados aunque sean complementarios entre sí, para poder posteriormente hacer un análisis de la información recolectada con relación principalmente a algunos aspectos demográficos y de la fuerza laboral, aspectos económicos como los niveles de ingreso, salarios y empleo, a la cobertura del sistema de salud, a la calidad y acceso a los servicios del sistema, a la duplicidad del gasto, al sistema de financiación y al flujo de los recursos del sistema de salud (problemas institucionales), al Gasto en salud, la estabilidad financiera y a su regulación.

Para establecer la "diferenciación" de cada una de estas publicaciones y sus diversas posiciones respecto al tema sean complementarias o no, es apropiado presentar un paralelo entre éstas, enfatizando en las variables y los aspectos centrales que plasmamos anteriormente.

Para facilitar lo anterior y poder sintetizar cada una de las publicaciones seleccionadas y tener disponible fácilmente la información más relevante, se desarrolló un formato en donde se facilita la comparación de las publicaciones para así verificar sus similitudes, los tiempos y los diferentes escenarios en que se

desarrollaron. Teniendo en cuenta que tenemos documentos teóricos e investigativos (Estos incluyen las leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y el nuevo proyecto para la reforma a la salud) y algunos documentos basados en publicaciones de la prensa nacional, fueron creados dos formularios o formatos muy similares para el análisis y síntesis de los dos tipos de publicaciones.

El formato diseñado para la comparación análisis y síntesis de las publicaciones de la prensa nacional consta de los siguientes ítems: Un primer cuerpo que contiene las características relacionadas con tiempo y espacio de la publicación como lo son: Nombre de la publicación, medio de comunicación utilizado, fecha de la publicación, y sección del medio de comunicación en donde se hizo la publicación. Un segundo cuerpo que hace énfasis en el contenido y en los temas y variables de interés para el desarrollo de la investigación como lo son: temas clave del artículo, eventos que alude, síntesis del artículo y las posibles propuestas hechas por el autor. Y finalmente un último cuerpo en donde se hacen las observaciones de la publicación de interés para la investigación.

El formato diseñado para la comparación y análisis de los documentos teóricos e investigativos es muy similar en cuanto al contenido de los cuerpos que se definieron para el grupo de publicaciones de prensa nacional. Sin embargo, hay algunas pequeñas variaciones por ser estos documentos teóricos e investigativos.

El primer cuerpo, contiene las características relacionadas con tiempo y espacio del documento y su relación con el proyecto investigativo en desarrollo como lo

son: Nombre del proyecto investigativo llevado a cabo, fecha del análisis del documento, lugar del cual se tomó, nombre del documento teórico o investigativo, autor, ciudad de publicación, editorial y año de publicación. El segundo cuerpo, hace énfasis en el contenido y en los temas y variables de nuestro interés para el desarrollo de la investigación como lo son: temas clave del artículo, eventos que alude, síntesis del artículo y la trascendencia del documento teórico investigativo. Y finalmente un último cuerpo en donde se hacen las observaciones adicionales del documento y se destacan temas de interés para la investigación.

Estos formatos se encuentra expuestos en el módulo de protocolo para análisis y resumen de documentos entre las tablas 7 a la 16.

3.1.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tabla 8. Cronograma y descripción de actividades

ACTIVIDADES	ABRIL				MAYO			
	SEM 1	SEM 2	SEM 3	SEM 4	SEM 1	SEM 2	SEM 3	SEM 4
Establecer los principales escenarios o etapas de evolución del Sistema de Salud Colombiano.								
Conocer el funcionamiento actual del sistema de salud Colombiano.								
Identificar cuáles han sido los principales logros en Salud con el sistema actual. (Desventajas)								
Identificar cuáles han sido las principales fallas o problemas en el sistema actual de salud. (Ventajas)								
Definir la dinámica de financiación del Sistema de Salud actual.								
Determinar las ventajas y desventajas de la dinámica de financiación del Sistema de Salud actual								
Concluir si la gestión financiera de nuestro sistema de salud permite que este sea un sistema de salud sostenible y perdurable para todos los colombianos.								
Analizar las disposiciones generales de la nueva reforma de Salud propuesta para el 2013								
Identificar el objetivo principal de la nueva propuesta para la reforma de la salud.								
Precisar cuáles son los principios básicos de la nueva reforma de salud propuesta para el 2013.								
Plantear las posibles ventajas y desventajas de la nueva propuesta para la reforma a la salud.								
Determinar si los cambios planteados en la última propuesta para hacer una reforma al sistema de salud, realmente nos llevan a un avance o dejan de lado los principales problemas de la seguridad social en Colombia.								
Concluir si la nueva propuesta para la reforma de la salud hace una mejora radical en la gestión financiera del sistema de salud colombiano, logrando así que este sea sostenible y perdurable en el tiempo.								
Establecer cuál es la percepción de los expertos en el tema en cuanto a la erradicación total de los problemas más álgidos en nuestro actual sistema de salud, con la nueva propuesta para la reforma de la salud para el 2013.								
Presentación del proyecto final al director del proyecto								

3.1.3. PROTOCÓLO DE ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE PUBLICACIONES Y DOCUMENTOS.

Las siguientes tablas tienen la sinopsis de las publicaciones y documentos más importantes para esta investigación.

Tabla 9. Publicación Código 001

COD. 001 SINOPSIS DE LAS PUBLICACIONES ANALIZADAS						
NOMBRE DE LA PUBLICACION						
"Esto dice la letra menuda del proyecto de reforma de la salud" Juan Gossain presenta informe sobre la iniciativa que radicó el Ministro de Salud						
MEDIO DE COMUNICACION UTILIZADO						
Periódico Colombiano El Tiempo						
FECHA DE PUBLICACION: (Primer Semestre de 2013)						
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	
					9	
SECCION DE PUBLICACION:						
Sección Política						
TEMAS CLAVE DEL ARTICULO:						
x	Problemática del sistema de salud					
	Impacto en la sostenibilidad y perdurabilidad					
EVENTOS QUE ALUDE						
El Sistema de Salud en Colombia y la nueva propuesta para la reforma de la salud, trata muy afondo el nuevo proyecto para la reforma de la salud Vs los problemas del actual sistema de salud.		(i) Demográficos y fuerza laboral	x	(v) Duplicidad del gasto en el sistema de salud.		
		(ii) Económicos, ingresos, salarios, empleo.	x	(vi) Financiamiento y flujo de recursos del sistema de salud.		
	x	(iii) Cobertura del sistema de salud.	x	(vii) Gasto en salud y estabilidad financiera		
	x	(iv) Calidad y acceso a los servicios del sistema.	x	(viii) Regulación financiera del sistema de salud		
SINTESIS DEL ARTICULO:						
Trata sobre la radicación de las dos propuestas para la reforma de la salud, una a través de ley estatutaria y otra a través de una ley ordinaria. Juan Gossain refiere que la primera, que fue concebida por lo que se conoce como "la comunidad científica", pretende definir el ámbito del derecho a la salud. La segunda, que sería una ley corriente, fue iniciativa del propio Gobierno, debatiendo que entre los dos proyectos hay artículos que son abiertamente contradictorios. Posteriormente destaca las contradicciones e incoherencias entre las mismas enfrentándolas con las problemáticas del sistema actual. Todo el análisis anterior fue basado en documentos referentes al tema que estudio profundamente más la opinión de algunos especialistas y conocedores del tema de quienes también refiere su opinión.						
TIENE EL ARTICULO ALGUNA PROPUESTA:						
SI	NO	CUAL: No hace ninguna propuesta es una crítica y un análisis del tema propuesto inicialmente.				
	x					
OBSERVACIONES ADICIONALES						
Se destacan los argumentos del señor Juan Gossain, periodista serio y reconocido del país, quien no ha tratado el tema del Sistema de Salud Colombiano y sus problemáticas solo una vez. Este autor, hace un barrido muy rápido pero específico y claro sobre la reciente propuesta radicada por el Gobierno nacional para la reforma a la salud y se considera como un gran aporte para el desarrollo de esta investigación.						
AUTOR						
Juan Gossain, escritor y periodista Colombiano.						
CIUDAD						
Bogotá, Colombia						

Tabla 10. Publicación Código 002.

COD. 002 SINOPSIS DE LAS PUBLICACIONES ANALIZADAS						
NOMBRE DE LA PUBLICACION						
"Salud sin Barreras"						
MEDIO DE COMUNICACION UTILIZADO						
Periódico Colombiano El Tiempo						
FECHA DE PUBLICACION: (Primer Semestre de 2013)						
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	
					11	
SECCION DE PUBLICACION:						
Opinión Columnistas						
TEMAS CLAVE DEL ARTICULO						
x	Problemática del sistema de salud					
	Impacto en la sostenibilidad y perdurabilidad					
EVENTOS QUE ALUDE						
El principal evento tratado, es el nuevo proyecto para la reforma de la salud, la crisis financiera del sistema de salud actual y el poco apersonamiento por parte del gobierno sobre los problemas que aquejan al sistema de salud Colombiano.			(i) Demográficos y fuerza laboral	x	(v) Duplicidad del gasto en el sistema de salud.	
			(ii) Económicos, ingresos, salarios, empleo.	x	(vi) Financiamiento y flujo de recursos del sistema de salud.	
			(iii) Cobertura del sistema de salud.	x	(vii) Gasto en salud y estabilidad financiera	
	x		(iv) Calidad y acceso a los servicios del sistema.	x	(viii) Regulación financiera del sistema de salud	
SINTESIS DEL ARTICULO:						
El autor en este artículo destaca primero que todo, la realidad de la existencia de una problemática en el sistema de salud actual y la indiferencia del gobierno ante la misma. Posteriormente manifiesta según su punto de visita, la necesidad de hacer una reforma a la salud resolviendo los problemas en el manejo de los fondos destinados para el sostenimiento del mismo. Y finalmente sugiere un lema de salud "sin barreras" para el gobierno actual, enfatizando de esta forma que a pesar de los inconvenientes, la cobertura total de la población con el sistema de salud es un elemento esencial, necesario y urgente para el país, además de sugerir un análisis y control al problema de la gestión financiera en el sistema y en el manejo de fondos.						
TIENE EL ARTICULO ALGUNA PROPUESTA:						
SI	NO	CUAL: El autor no hace una propuesta como tal, pero si sugiere una reforma urgente al sistema de salud en donde se tenga en cuenta principalmente la cobertura y la resolución de los problemas de gestión financiera y manejo de los fondos destinados para este.				
	x					
OBSERVACIONES ADICIONALES						
Este artículo es muy corto en cuanto a palabras, pero su esencia resume el concepto de un hombre con bastante experiencia ya que es economista y político Colombiano, fue ministro de hacienda en el gobierno del presidente Ernesto Samper y ha sido elegido por elección popular para integrar el Senado de Colombia, como miembro del Partido Liberal. Para este estudio, la diversidad de conceptos que se puedan recoger de personas expertas sea a modo de entrevista o de publicación, es básica para dar cumplimiento al objetivo planteado.						
AUTOR						
Guillermo Perry Rubio, economista y político Colombiano.						
CIUDAD						
Bogotá, Colombia						

Tabla 11. Publicación Código 003.

COD.003 SINOPSIS DE LAS PUBLICACIONES ANALIZADAS						
NOMBRE DE LA PUBLICACION						
"Nueva propuesta de reforma al sistema de salud": CERO Y VAN TRES						
MEDIO DE COMUNICACION UTILIZADO						
Seminario virtual caja de herramientas - Edición N° 00345 – Semana del 5 al 11 de Abril de 2013						
FECHA DE PUBLICACION: (Primer Semestre de 2013)						
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	
				5		
SECCION DE PUBLICACION:						
Seminario virtual caja de herramientas - Edición N° 00345 – Semana del 5 al 11 de Abril de 2013						
TEMAS CLAVE DEL ARTICULO						
x	Problemática del sistema de salud					
	Impacto en la sostenibilidad y perdurabilidad					
EVENTOS QUE ALUDE						
El Sistema de Salud en Colombia y la nueva propuesta para la reforma de la salud. El principal tema es el nuevo proyecto para la reforma de la salud Vs los problemas del actual sistema de salud.			(i) Demográficos y fuerza laboral			(v) Duplicidad del gasto en el sistema de salud.
			(ii) Económicos, ingresos, salarios, empleo.	x		(vi) Financiamiento y flujo de recursos del sistema de salud.
			(iii) Cobertura del sistema de salud.	x		(vii) Gasto en salud y estabilidad financiera
		x		(iv) Calidad y acceso a los servicios del sistema.		
SINTESIS DEL ARTICULO:						
<p>El médico salubrista autor de esta publicación, afirma que la nueva propuesta para la reforma a la salud es solo un cambio de lenguaje y no un cambio de forma. Inicialmente describe brevemente las últimas reformas a la salud y el poco impacto que ha tenido para la mejora del mismo. Describe que el problema con el nuevo proyecto de ley radica en dos asuntos, en un tema conceptual, ya que afirma que considerar que el contenido del derecho a la salud es un plan único de servicios de salud, es no conocer ni entender este derecho que va mucho más allá de un paquete de servicios de promoción, prevención, atención y rehabilitación. Los desarrollos de Naciones Unidas en esta materia evidencian que el derecho a la salud está relacionado con un conjunto de determinantes de la salud que incluyen aspectos de educación, condiciones de vida y trabajo, saneamiento básico, ambiente saludable, atención sanitaria, participación de las comunidades, que demandan una acción intersectorial e interdisciplinaria</p>						
TIENE EL ARTICULO ALGUNA PROPUESTA:						
SI	NO	CUAL: Establece que es necesario entrar en un debate que se puede hacer por la vía de buscar ajustar y ampliar el articulado del proyecto del gobierno o lo que sería más consistente, presentar un proyecto de ley que realmente afecte la matriz de intermediación y negocio que se mantiene, por uno donde lo fundamental sea la estructuración de un sistema de salud de base pública, territorial y poblacional, con un modelo de atención desarrollado sobre la lógica de la APS y del enfoque de determinación social de la salud, en donde los Entes Territoriales y la red pública hospitalaria jueguen un papel protagónico desde las acciones de salud pública, promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.				
X						
OBSERVACIONES ADICIONALES						
Es muy crítico pero hace un aporte muy bueno a lo que sería una posible solución, según su criterio, para evitar aprobar una reforma de ley que no aporte al mejoramiento del sistema de salud sino que por el contrario ponga aun mas en peligro su perdurabilidad.						
AUTOR						
Mauricio Torres Tovar - Medico salubrista publico						
CIUDAD						
Bogotá, Colombia						

Tabla 12. Documento Código 004.

COD. 004 PROTOCOLO PARA ANÁLISIS Y RESUMEN DE DOCUMENTOS				
Nombre del Proyecto:				
Expectativas del nuevo proyecto para la reforma al sistema de salud 2013. Análisis basado en la problemática del sistema de salud actual. Avance o retroceso.				
Fecha del Análisis:				
El análisis de este documento fue realizado en el mes de Abril del día 22 al 26.				
Lugar del cual se tomo:				
Publicación oficial hecha en internet				
CONTENIDO DEL TEXTO				
Nombre del Documento:				
Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development John F. Kennedy School of Government 79 John F. Kennedy Street Cambridge, MA 02138 USA, World Health Organization, 20th December 2001				
Autor, ciudad de publicación, editorial y año de publicación.				
Professor Jeffrey D. Sachs Center for International Development at Harvard University				
Temas clave				
	Problemática del sistema de salud			
	Impacto en la sostenibilidad y perdurabilidad			
Eventos que alude:				
Importancia de la Inversión en la salud para lograr un desarrollo económico global.	x	(i) Demográficos y fuerza laboral		(v) Duplicidad del gasto en el sistema de salud.
	x	(ii) Económicos, ingresos, salarios, empleo.		(vi) Financiamiento y flujo de recursos del sistema de salud.
	x	(iii) Cobertura del sistema de salud.	x	(vii) Gasto en salud y estabilidad financiera
	x	(iv) Calidad y acceso a los servicios del sistema.		(viii) Regulación financiera del sistema de salud
Trascendencia del documento:				
Es un documento tan importante no solo por la trascendencia de su autor si no por el apoyo que este recibe de la organización mundial de la salud quien finalmente es el ente que direcciona este segmento a nivel mundial. Lo anterior significa que es un documento de estudio no solo para las potencias mundiales sino que también sirve de base para los países con menor recurso, dentro de los cuales se encuentra Colombia.				
RESUMEN DEL DOCUMENTO				
OBSERVACIONES ADICIONALES				
Este documento desarrollado por el profesor Jeffrey D. Sachs y apoyado totalmente por la Organización Mundial de la Salud conceptualiza totalmente la investigación, además de aportarnos supuestos implícitos que son trascendentales en el desarrollo del tema. Conocer la importancia de la inversión, del modelo de financiación y de la gestión de los fondos destinados para la salud y para un sistema de salud es fundamental para poder avanzar en los objetivos de la investigación. El documento en si es bastante denso, se destacan como puntos o capítulos más relevantes para la construcción conceptual de la investigación; Evidencia en salud y desarrollo, canales de influencia de la enfermedad al desarrollo económico, niveles del gasto de salud en países con bajo nivel económico y ubicando al sector salud dentro de un contexto más amplio de lo que es prevención. Este documento certifica la importancia de un buen manejo de la salud para el desarrollo de la población y el crecimiento económico del mismo. Lo anterior es una herramienta fundamental que permite dar unas bases sólidas al desarrollo de este proyecto de investigación				

Tabla 13. Documento Código 005

COD. 005 PROTOCOLO PARA ANÁLISIS Y RESUMEN DE DOCUMENTOS				
Nombre del Proyecto:				
Expectativas del nuevo proyecto para la reforma al sistema de salud 2013. Análisis basado en la problemática del sistema de salud actual. Avance o Retroceso				
Fecha del Análisis:				
El análisis de este documento fue realizado en el mes de abril del día 26 al 29.				
Lugar del cual se tomo:				
Biblioteca virtual Fedesarrollo.				
CONTENIDO DEL TEXTO				
Nombre del Documento:				
Diagnóstico General del sector salud en Colombia: Evolución, contexto y principales retos en un sistema de transformación.				
Autor, ciudad de publicación, editorial y año de publicación.				
Fedesarrollo, Santa María Mauricio, García A, Fabián, Rozo. Sandra, Uribe María José. Bogotá Colombia 2007				
Temas clave:				
x	Problemática del sistema de salud			
x	Impacto en la sostenibilidad y perdurabilidad			
Eventos que alude:				
El sistema General del sector salud en Colombia, su evolución, los principales problemas del sistema y los posibles retos	x	(i) Demográficos y fuerza laboral	x	(v) Duplicidad del gasto en el sistema de salud.
	x	(ii) Económicos, ingresos, salarios, empleo.	x	(vi) Financiamiento y flujo de recursos del sistema de salud.
	x	(iii) Cobertura del sistema de salud.	x	(vii) Gasto en salud y estabilidad financiera
	x	(iv) Calidad y acceso a los servicios del sistema.	x	(viii) Regulación financiera del sistema de salud
Trascendencia del documento:				
Las investigaciones de Fedesarrollo se caracterizan por su oportunidad en la publicación de temáticas o problemáticas actuales. En este caso tras las problemáticas evidentes al sistema se busco hacer una investigación que evaluando todo el contexto del sistema de salud pudiera sentar un precedente de estos, de los logros y resultados y adicionalmente de los retos de cara al futuro. Estas investigaciones son tomadas en cuenta para la toma de decisiones por su seriedad y objetividad científica.				
RESUMEN DEL DOCUMENTO				
OBSERVACIONES ADICIONALES				
Fedesarrollo en este documento basa su investigación en unas variables que define muy bien además de la conceptualización de lo que es realmente salud y un sistema de salud. Después de aclarar estos conceptos y de definir variables que impactan indirectamente sobre la salud y la calidad de vida de la población, se ubica a Colombia dentro del contexto latinoamericano con el fin de que sea más profundo el análisis en cuanto a los reales logros y la situación actual en la región. Posteriormente, el documento muestra el escenario que antecedió a la ley 100 destacando sus problemáticas para poder definir si en realidad se logró un avance sobre la situación anterior. Describe muy bien los objetivos y el funcionamiento del sistema actual, enfocándose en su organización institucional y sus aspectos financieros y finalmente hace una evaluación de lo que hasta el momento fue el SGSSS, sus logros, resultados y retos. Finalmente define claramente la problemática de la época y los logros que se generarían con la reforma planteada en la ley 1122 de 2007.				

Tabla 14. Documento Código 006

COD.006 PROTOCOLO PARA ANÁLISIS Y RESUMEN DE DOCUMENTOS				
Nombre del Proyecto:				
Expectativas del nuevo proyecto para la reforma al sistema de salud 2013. Análisis basado en la problemática del sistema de salud actual. Avance o retroceso.				
Fecha del Análisis:				
El análisis de este documento fue realizado en el mes de Mayo del día 1 al 6.				
Lugar del cual se tomo:				
Biblioteca virtual Fedesarrollo.				
Nombre del Documento:				
La sostenibilidad financiera del Sistema de Salud Colombiano - Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro.				
Autor, ciudad de publicación, editorial y año de publicación.				
Fedesarrollo, Núñez Jairo, Zapata Juan Gonzalo, Castañeda Carlos, Fonseca Milena, Ramírez Jaime, Bogotá D,C Julio de 2012				
Temas Clave:				
X	Problemática del sistema de salud			
X	Impacto en la sostenibilidad y perdurabilidad			
Eventos que alude:				
El Sistema de Salud en Colombia y su sostenibilidad financiera.	x	(i) Demográficos y fuerza laboral	x	(v) Duplicidad del gasto en el sistema de salud.
	x	(ii) Económicos, ingresos, salarios, empleo.	x	(vi) Financiamiento y flujo de recursos del sistema de salud.
	x	(iii) Cobertura del sistema de salud.	x	(vii) Gasto en salud y estabilidad financiera
	x	(iv) Calidad y acceso a los servicios del sistema.	x	(viii) Regulación financiera del sistema de salud
Trascendencia del documento:				
Es un documento que ciertamente fue de interés general, público y del gobierno, pues Fedesarrollo recibió apoyo para su desarrollo, de funcionarios del ministerio de salud, de la superintendencia de salud, de distintos actores del sistema que fueron consultados dentro del trabajo de campo y adicionalmente el ministerio de hacienda facilitó información sobre el flujo de recursos públicos al interior del sector de la salud. Adicionalmente, esta investigación se realizó posterior a la aprobación de una nueva reforma de salud con la ley 1438 de 2011 y a portas de la nueva propuesta a la salud radicada en inicios del 2013 para su aprobación.				
OBSERVACIONES ADICIONALES				
Fedesarrollo hace un gran aporte con este documento para tener bases claras de lo que es nuestro sistema de salud, las problemáticas que lo aquejan y lo que podría pasar si no se da soluciones oportunas. El direccionamiento que se le da a esta investigación es muy neutral lo cual ha sido siempre una característica y una obligación de una entidad como Fedesarrollo. Sin embargo, lo que pone sobre la mesa es la realidad evidente de la situación actual con sus problemáticas y ya es muy personal de cada lector sacar sus propias conclusiones. El proyecto nos muestra de forma descriptiva y analítica el funcionamiento general del sistema de salud actual, lo anterior pasando por la descripción del financiamiento de la salud en Colombia, los regímenes especiales, subsidiado y contributivo. También se realiza un análisis descriptivo de la cadena de valor y la rentabilidad del sector salud en Colombia, para así poder plasmar claramente el modelo de financiación de la salud del país y finalmente dar sus conclusiones y recomendaciones para cada uno de los regímenes, para la dinámica de gastos, para el manejo de la integración vertical, la calidad de la información y la cadena de valor y su rentabilidad por subsectores.				

Tabla 15. Documento Código 007

COD. 007 PROTOCOLO PARA ANÁLISIS Y RESUMEN DE DOCUMENTOS				
Nombre del Proyecto:				
Expectativas del nuevo proyecto para la reforma al sistema de salud 2013. Análisis basado en la problemática del sistema de salud actual. Avance o retroceso.				
Fecha del Análisis:				
El análisis de este documento fue realizado en el mes de Mayo del día 6 al 8.				
Lugar del cual se tomo:				
Publicado en internet en Mayo 13 de 2004				
Nombre del Documento:				
Elementos fundamentales del equilibrio financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que inciden en las decisiones de ajuste del POS y de la UPC				
Autor, ciudad de publicación, editorial y año de publicación.				
Castaño Yepes Ramón Abel, MD, MS en coordinación del Área de la Salud de la Fundación Corona				
Temas Clave:				
	Problemática del sistema de salud			
	Impacto en la sostenibilidad y perdurabilidad			
Eventos que alude:				
El sistema genera del sector salud y su problemática identificada a la fecha, el equilibrio financiero del sistema de salud y los requerimientos en cuanto a cobertura.	x	(i) Demográficos y fuerza laboral	x	(v) Duplicidad del gasto en el sistema de salud.
	x	(ii) Económicos, ingresos, salarios, empleo.	x	(vi) Financiamiento y flujo de recursos del sistema de salud.
	x	(iii) Cobertura del sistema de salud.	x	(vii) Gasto en salud y estabilidad financiera
	x	(iv) Calidad y acceso a los servicios del sistema.	x	(viii) Regulación financiera del sistema de salud
Trascendencia del documento:				
El documento busca dejar un precedente formal de la opinión y el interés que tiene el sector empresarial sobre la problemática del sector salud, las necesidades y las posibilidades de que se presentaran nuevas reformas que pudieran mejorar o empeorar el escenario				
RESUMEN DEL DOCUMENTO				
OBSERVACIONES ADICIONALES				
La fundación Corona, busco principalmente fomentar una discusión estructurada sobre la problemática del sistema actual. Para lograr eso realizan un recorrido general sobre los elementos del sistema que pueden tener incidencia en el equilibrio financiero del mismo y por ende sobre los contenidos del plan de atención. Posteriormente, se observa un análisis del equilibrio financiero del régimen contributivo y subsidiado desde el punto de vista de los ingresos de cada uno de estos regímenes, el gasto médico del régimen contributivo y el gasto de bolsillo de los hogares al utilizar un servicio de salud. Este estudio, además de establecer claramente la visión del sector empresarial de la época, muestra que bajo cualquier óptica los problemas de financiamiento y gestión de los recursos en el sistema de salud han sido problemas que se han venido alimentando y por ende han ido creciendo con el paso del tiempo. Dichos problemas, tal vez, puedan hacer colapsar el sistema si se continua sin sentar un precedente claro sobre lo que se espera de una nueva reforma de la salud.				

Tabla 16. Documento Código 008

COD. 008 PROTOCOLO PARA ANÁLISIS Y RESUMEN DE DOCUMENTOS				
Nombre del Proyecto:				
Expectativas del nuevo proyecto para la reforma al sistema de salud 2013. Análisis basado en la problemática del sistema de salud actual. Avance o retroceso.				
Fecha del Análisis:				
El análisis de este documento fue realizado en el mes de Mayo del día 8 al 10.				
Lugar del cual se tomo:				
Publicación oficial hecha en internet				
CONTENIDO DEL TEXTO				
Nombre del Documento:				
Ley 1122 de 2007				
Autor, ciudad de publicación, editorial y año de publicación.				
El Congreso de la República de Colombia				
Temas Clave				
	Problemática del sistema de salud			
x	Impacto en la sostenibilidad y perdurabilidad			
Eventos que alude:				
Problemáticas detectadas en el sistema de salud por lo cual se hacen modificaciones en el Sistema General De Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.		(i) Demográficos y fuerza laboral		(v) Duplicidad del gasto en el sistema de salud.
		(ii) Económicos, ingresos, salarios, empleo.	x	(vi) Financiamiento y flujo de recursos del sistema de salud.
	x	(iii) Cobertura del sistema de salud.		(vii) Gasto en salud y estabilidad financiera
	x	(iv) Calidad y acceso a los servicios del sistema.		(viii) Regulación financiera del sistema de salud
Trascendencia del documento:				
Generó cambios trascendentales en el Sistema de Salud actual.				
RESUMEN DEL DOCUMENTO				
OBSERVACIONES ADICIONALES				
La ley 1122 de 2007 describe como su objeto el siguiente "tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud." podemos destacar como sus principales aportes la creación de una Comisión Reguladora en Salud CRES, cuya función más relevante es el establecimiento del plan obligatorio de salud POS. Otros aportes importantes son, la disminución del tiempo de cotización y el periodo de carencia, la ampliación de la cotización del régimen contributivo en un 0,5% y el porcentaje del Sistema General de Participaciones que los entes territoriales deben destinar a la afiliación en el Régimen Subsidiado.				

Tabla 17. Documento Código 009

COD.009 PROTOCOLO PARA ANÁLISIS Y RESUMEN DE DOCUMENTOS				
Nombre del Proyecto:				
Expectativas del nuevo proyecto para la reforma al sistema de salud 2013. Análisis basado en la problemática del sistema de salud actual. Avance o retroceso.				
Fecha del Análisis:				
El análisis de este documento fue realizado en el mes de Mayo del día 10 al 13.				
Lugar del cual se tomo:				
Publicación oficial hecha en internet				
Nombre del Documento:				
Ley 1438 de 2011				
Autor, ciudad de publicación, editorial y año de publicación.				
El Congreso de la República de Colombia				
Temas Clave				
	Problemática del sistema de salud			
	Impacto en la sostenibilidad y perdurabilidad			
Eventos que alude:				
Problemáticas detectadas en el sistema de salud por lo cual se reforma el Sistema General De Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.		(i) Demográficos y fuerza laboral		(v) Duplicidad del gasto en el sistema de salud.
		(ii) Económicos, ingresos, salarios, empleo.	x	(vi) Financiamiento y flujo de recursos del sistema de salud.
	x	(iii) Cobertura del sistema de salud.		(vii) Gasto en salud y estabilidad financiera
	x	(iv) Calidad y acceso a los servicios del sistema.		(viii) Regulación financiera del sistema de salud
Trascendencia del documento:				
Generó cambios importantes en el Sistema de Salud actual.				
OBSERVACIONES ADICIONALES				
<p>La ley 1438 describe como su objetivo el siguiente "Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera." Esta reforma buscando la igualdad y la unificación del plan de beneficios, establece que los niños y adolescentes con discapacidad o enfermedades catastróficas en el SISBEN 1 y 2, tienen todos los servicios y medicamentos sin ningún costo. Establece que estarán garantizados de manera integral los servicios y medicamentos para los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y/o enfermedades catastróficas certificadas, además de los niños y adolescentes víctimas de violencia física o sexual, sin importar a que régimen pertenezcan. Se establece que los comités técnico científicos deben asegurar la interdisciplinariedad entre los pares especializados del profesional de la salud tratante y la plena autonomía en sus decisiones. Y también establece que los requerimientos de medicamentos o servicios por fuera del Plan de Beneficios POS, deben ser gestionados por las EPS en dos días hábiles, entre otras disposiciones</p>				

Tabla 18. Documento Código 010

COD. 010 PROTOCOLO PARA ANÁLISIS Y RESUMEN DE DOCUMENTOS				
Nombre del Proyecto:				
Expectativas del nuevo proyecto para la reforma al sistema de salud 2013. Análisis basado en la problemática del sistema de salud actual. Avance o retroceso.				
Fecha del Análisis:				
El análisis de este documento fue realizado en el mes de Mayo del día 10 al 13.				
Lugar del cual se tomo:				
Publicación oficial hecha en internet				
Nombre del Documento:				
Proyecto para nueva reforma del sistema de salud 2013				
Autor, ciudad de publicación, editorial y año de publicación.				
Gobierno Nacional de la Republica de Colombia a través del Ministro de salud Alejandro Gaviria Uribe.				
Temas Clave				
	Problemática del sistema de salud			
X	Impacto en la sostenibilidad y perdurabilidad			
Eventos que alude:				
Proyecto de ley por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.		(i) Demográficos y fuerza laboral		(v) Duplicidad del gasto en el sistema de salud.
		(ii) Económicos, ingresos, salarios, empleo.	x	(vi) Financiamiento y flujo de recursos del sistema de salud.
	X	(iii) Cobertura del sistema de salud.		(vii) Gasto en salud y estabilidad financiera
		(iv) Calidad y acceso a los servicios del sistema.		(viii) Regulación financiera del sistema de salud
Trascendencia del documento:				
Hasta el momento ha generado polémica entre los diferentes sectores económicos, políticos, de los medios de comunicación y de los diferentes actores del sistema de salud actual				
OBSERVACIONES ADICIONALES				
<p>Este proyecto de ley plantea como objetivo, "Redefinir el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Establece los principios del Sistema, el marco a partir del cual se regulan los beneficios en salud, la operación, gestión y administración de la prestación de los servicios, el manejo unificado de los recursos en salud a través de la creación de una unidad de gestión financiera de naturaleza especial, algunos procedimientos de inspección, vigilancia y control, el régimen de las Empresas Sociales del Estado –ESE- y un régimen de transición para la aplicación de los dispuesto en la presente ley". Los puntos básicos sobre los cuales se basa este proyecto son: 1. Crear una Entidad pública de naturaleza especial de nivel descentralizado, con autonomía administrativa, financiera y presupuestal, que afilie directamente al sistema, recaude y distribuya los recursos que hoy financian los regímenes contributivo y subsidiado. 2. Ampliando el plan de beneficios por un plan integral que reduzca la llamada zona gris y disminuya por lo tanto la proliferación de tutelas. 3. Transformando las EPS en administradoras de la atención básica y especializada en salud con un énfasis territorial y redes de prestadores claramente definidas. 4. Creando las condiciones para la puesta en práctica de un nuevo modelo de prestación de servicios para zonas especiales. 5. Dotando a la Súper Salud con mayores y mejores instrumentos de control.</p>				

4. CAPITULO 4

4.1. ANÁLISIS DE LAS PUBLICACIONES Y DOCUMENTOS TEÓRICOS INVESTIGATIVOS SELECCIONADOS.

Después de haber identificado la información requerida para el desarrollo de esta investigación con base a los artículos seleccionados, es muy importante hacer un análisis comparativo y lógico que nos facilite ver las diferentes variables plasmadas en cada uno de los escritos y la propuesta, opinión o concepto teórico establecido por cada uno de los autores.

El objetivo principal de este análisis es entonces, verificar la hipótesis planteada para esta investigación la cual establece que “mientras los nuevos planteamientos para la reforma de la salud no incluyan dentro de su propuesta una solución evidente a los principales problemas encontrados en el sistema de salud actual y no establezca un control fiscal y una regulación verdadera sobre el manejo de los fondos del sistema de salud; Los principios de universalidad, eficiencia, integralidad, libre escogencia, competencia sana y calidad no serán cumplidos y por lo tanto el pueblo Colombiano no podrá ejercer su derecho a la salud como lo plantea la Constitución Política de Colombia de 1991 y la ley 100 de 1993”.

Teniendo en cuenta esto, a continuación se muestra una tabla resumen de los eventos más importantes que aluden los autores en sus publicaciones para posteriormente hacer el análisis sobre las observaciones que hizo cada autor con

respecto a las variables que se establecieron anteriormente y así lograr establecer las conclusiones respectivas.

Tabla No.19. Resumen variables detectadas en los documentos analizados.

RESUMEN DE EVENTOS MAS RELEVANTES QUE SE ALUDEN EN LOS DOCUMENTOS												
cód.	Ítem a analizar	Cód. 1	Cód. 2	Cód. 3	Cód. 4	Cód. 5	Cód. 6	Cód. 7	Cód. 8	Cód. 9	Cód. 10	Totales
(i)	(i) Demográficos y fuerza laboral				X	x	x	x				4
(ii)	(ii) Económicos, ingresos, salarios, empleo.				X	x	x	x				4
(iii)	(iii) Cobertura del sistema de salud.	x			X	x	x	x	x	x	x	8
(iv)	(iv) Calidad y acceso a los servicios del sistema.	x	x	x	X	x	x	x	x	x		9
(v)	(v) Duplicidad del gasto en el sistema de salud.	x	x			x	x	x				5
(vi)	(vi) Financiamiento y flujo de recursos del sistema de salud.	x	x	x		x	x	x	x	x	x	9
(vii)	(vii) Gasto en salud y estabilidad financiera	x	x	x	X	x	x	x				7
(viii)	(viii) Regulación financiera del sistema de salud	x	x			x	x	x				5
Totales		6	5	3	5	8	8	8	3	3	2	

4.1.1. Análisis documental de las variables definidas para el desarrollo del estudio

4.1.1.1. (i) Aspectos demográficos y de la fuerza laboral:

En el gráfico anterior se observa que los cuatro documentos teóricos investigativos seleccionados, toman este tema como trascendental y base para el desarrollo de todo un sistema de salud y para la obtención del bienestar de la población. Las características puntuales de una población y el concepto mismo de salud y sistema de salud que tenga el gobierno de un país son esenciales para desarrollar el sistema que requiere su población y para que se suplan las necesidades en cuanto a salud corresponde.

En el documento desarrollado por la Fundación Corona (cod.007), se resalta que la densidad salarial tiene una tendencia a la baja desde el año 2001, lo cual fue una señal en su momento de desequilibrio financiero, pues representa una disminución de varios millones de pesos al balance de la subcuenta. El nivel de empleo, afecta altamente los ingresos por cotizaciones al régimen contributivo, pues este régimen disminuye en número mientras que el régimen subsidiado se incrementa cada vez más.

Fedesarrollo en una de sus investigaciones (cod.005), destaca que la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993, incrementó los costos atados a la nómina de manera considerable, lo que generó una profunda segmentación del mercado laboral. Lo anterior se explica, como la coexistencia de dos mercados laborales,

uno denominado mercado laboral formal y el otro el informal o por cuenta propia. Finalmente, esta situación genera que el incremento de la población perteneciente al régimen subsidiado se marque aún más y el régimen contributivo ponga en peligro su sostenibilidad financiera y por lo tanto la sostenibilidad del sistema en general.

Se resalta también en esta investigación, que muchos de los países subdesarrollados no alcanzan el nivel mínimo aceptable para la prestación de servicios de salud y adicionalmente requiere que su población destine de su bolsillo bastante dinero para el cuidado de su salud. Dentro de este contexto, el desarrollo económico de un país como Colombia en donde la tasa de desempleo, de empleo informal y de ingreso no es el mejor, son muy limitadas las oportunidades de desarrollar un sistema de salud aceptable que supla las necesidades de su población. Adicionalmente, el gobierno nacional no ha dado solución drástica y radical a la problemática actual del sistema de salud.

4.1.1.2. (ii) Aspectos económicos como los niveles de ingreso, salarios y empleo:

Este aspecto también es considerado relevante por los autores especialistas en el tema. El profesor J. Sachs (cod.004) por ejemplo, habla de los beneficios económicos de la globalización ya que la oportunidad de conocer procesos eficientes, nuevas tecnologías, diferentes culturas y muchas cosas más, impactará directamente en el desarrollo económico de la población. Sin embargo, no todo es color de rosa, pues el nivel de ingreso, el tipo de empleo y el nivel de educación

que se brinda en los países más pobres no permitirá que adopten tan fácil y rápidamente estas nuevas tendencias.

Se ha demostrado que temas como la violencia, el terrorismo, la enfermedad etc., pueden generar resultados dramáticos en el crecimiento económico de una población. Los líderes políticos han reconocido el impacto en el desarrollo económico, de no prestar atención a las poblaciones más pobres y ha puesto como meta reducir sustancialmente el porcentaje de personas que pertenecen a este grupo aunque como bien dice el autor, los países más necesitados pueden demorarse mucho tiempo en lograr estos cambios, o nunca lograrlos. Se resalta también en esta investigación que muchos de los países subdesarrollados no alcanzan el nivel mínimo aceptable para la prestación de servicios de salud y adicionalmente requieren que su población destine de su bolsillo bastante dinero para el cuidado de su salud.

La Fundación Corona (cod.007), también hace una apreciación económica relacionada con la globalización, definiéndola como una amenaza para la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud en países en desarrollo. Lo anterior, debido a que los ingresos y salarios que se pagan en países como Colombia a sus empleados son muy bajos, denominándose globalmente como “mano de obra barata”. Como todos los países conocen al respecto, se origina una competencia global por reducir los costos de la mano de obra y ser más atractivos para la inversión extranjera. Esto reafirma lo que se ha planteado anteriormente,

sobre el impacto tan grande que esto tiene en el sistema de salud, el sistema de financiamiento y por ende en el desarrollo económico de un país.

También podemos ver que Fedesarrollo, en su investigación (cod.006), habla de los problemas estructurales del mercado laboral en Colombia. Allí se evidencia que el rumbo de desarrollo que ha tomado el país, por los temas anteriormente mencionados, hizo que se generara una situación en la cual la minoría de la población afiliada al sistema de salud pertenezca actualmente al régimen contributivo. Solo el 43% de la población colombiana se encuentra afiliada a este régimen, lo que afirma numéricamente, que existe mayor población subsidiada y menos contribuyentes al financiamiento del sistema.

4.1.1.3. (iii) Cobertura del sistema de salud:

El impacto de la salud sobre la calidad de vida es sustancial y generalizado y el hecho de tener algún tipo de afiliación incide en la calidad de vida de los hogares. Estos dos hechos evidenciados en la investigación liderada por Mauricio Santa María (cod.005), ponen de manifiesto la importancia de evaluar el impacto sobre el bienestar ante cualquier cambio en la manera de proveer los servicios de salud, más aún si este cambio es tan importante como el efectuado en la ley 100 de 1993.

A pesar de los avances en cuanto a este tema, es muy importante destacar la diferencia entre cobertura oficial y cobertura efectiva. La primera hace referencia al derecho que tiene cada ciudadano de acceder a los servicios de salud y la

segunda hace referencia a la realidad. Es decir, al grado de disponibilidad, acceso en tiempo y forma y utilización de los servicios de salud adecuados. En muchos casos la cobertura oficial se ve restringida por distintas circunstancias por los factores anteriormente mencionados.

Se reconoce que la cobertura del sistema de salud ha aumentado en Colombia. Antes de la ley 100 se hablaba de un cubrimiento del 31% de la población y actualmente hay un 150% de cobertura entre la población con una necesidad básica insatisfecha y cerca del 90% entre la población clasificada en los niveles 1 y 2 del SISBEN. Lo anterior, se pudo lograr gracias a algunos de los planteamientos principales de la ley 100 como lo son, la introducción de la solidaridad en el financiamiento para lograr una cobertura total en el aseguramiento, motivar competencia entre las empresas aseguradoras para mejorar la calidad en el servicio, la competencia entre las instituciones prestadoras de servicios que también aportara al mejoramiento de la calidad prestada y en el precio ofertado y la regulación de la competencia para evitar la elección de riesgos por parte de los aseguradores y la formación de carteles y monopolios.

Desafortunadamente, a pesar de los progresos en materia de cobertura y de alguna evidencia positiva planteada en el estudio mencionado inicialmente en materia de impacto sobre indicadores de resultado relacionados con salud, es evidente el mal momento por el que pasa el Sistema de Salud Colombiano.

No se puede ilusionar a la población con la posibilidad de un mejor cuidado de su salud, si no existen los medios económicos suficientes para sostener el sistema que ofrecerá dichos beneficios. O peor aún, existen los medios económicos, pero la gestión de estos es tan pobre que damos lugar a la corrupción, al mal manejo de los mismos y la destinación de dichos fondos para otros objetivos no relacionados con la salud.

4.1.1.4. (v) Calidad y acceso a los servicios del sistema:

Esta es otra de las consecuencias de los problemas económicos del país en cuanto a niveles de ingreso, salarios y empleo que finalmente afectarán la financiación del sistema de salud. La población más vulnerable seguirá siendo una carga para la economía de la población con mayor ingreso y para el país. Suena frío, pero solo brindándoles una mejor atención en salud y contemplando el contexto global al que se refiere ese término, se logrará que por el contrario no sean carga económica sino un potencializador del desarrollo económico del país.

Sachs J (cod.004) al respecto refiere, que el acceso limitado de la población más vulnerable a medicinas básicas debe ser analizado cuidadosamente en cada caso específico. Una de las razones más importantes para la dificultad en el acceso o el no acceso a los servicios para el cuidado de la salud, es la pobreza en si o la falta de recursos del mismo país, lo que significa que ni el gobierno ni su población pueden financiar su salud. El acceso a las medicinas está manipulado de cierta forma por los médicos que han sido entrenados para prescribir y usar solo las medicinas disponibles en una manera eficiente. Y adicionalmente los países para

poder sostener esto imponen más impuestos a la población y trabajan a través de demandas para poder aprobar las medicinas, lo que solo demora el acceso a dichos medicamentos y empeora la salud de la población en general.

Fedesarrollo en su estudio (cod.006), comenta sobre las limitaciones en el acceso a tratamientos, servicios y medicinas que requiere la población para el cuidado de su salud y muestra como la población ha tenido que recurrir a la acción de tutela para poder tener acceso a dichos tratamientos. Lo anterior, también ha generado problemas financieros pues en estos casos, son tratamientos o medicamentos que no están incluidos en el Plan de Beneficios y que de una u otra forma tendrán que ser soportados por el sistema de salud.

Las últimas reformas hechas al sistema de salud han logrado cambios positivos en cuanto al acceso y en cuanto al control de la calidad del mismo y de los servicios prestados. Por ejemplo, han realizado aumentos considerables en el POS en donde se han incluido tratamientos y medicamentos para enfermedades de alto costo y de mediana complejidad. Esto sin duda, es una mejora en la calidad del sistema y tiene un impacto positivo en el bienestar de las personas. Estas reformas también han eliminado algunas barreras de acceso para la población más vulnerable como la eliminación de las cuotas moderadoras y de los pagos compartidos. Sin embargo, no se debe dejar de lado el impacto de estas políticas sobre la estabilidad financiera del sistema, debido a que de una u otra forma hay implicaciones de igualdad en el acceso a los servicios, lo cual podría influenciar negativamente a los contribuyentes. Adicionalmente debemos recordar que

actualmente hay fallas graves en la gestión y en el manejo de los recursos económicos del sistema de salud lo que puede hacer que tanta maravilla sea insostenible.

4.1.1.5. (v) Duplicidad del gasto en el sistema de salud:

Dentro del desarrollo de la investigación, se debe destacar que esta, es una de las variables y de las problemáticas que más ha aquejado al sistema de salud desde su creación, principalmente los últimos 10 años.

En el caso de los hospitales públicos, como bien se destaca en el estudio liderado por Mauricio Santa María (cod005), se paga doblemente al hospital, debido a que no se ha podido eliminar el subsidio a la oferta. Este subsidio se pagaba en el antiguo sistema de salud con base a un promedio ponderado de gastos de los años anteriores. Actualmente, se paga este subsidio, el cual no fue eliminado, para poder cubrir los gastos de salud de los vinculados que irían disminuyendo a medida que se posicionara más el sistema de salud actual. Los vinculados efectivamente han disminuido, pero los gastos de los hospitales públicos incluyendo el subsidio a la oferta han incrementado. Esta relación, según se afirma en el estudio, lleva a pensar que el presupuesto destinado a hospitales es muy rígido y que responde más a criterios políticos y de conveniencia que a criterios técnicos.

Los casos de duplicidad en el gasto se presentan casi siempre cuando un gestor de la salud tiene a su cargo el manejo de recursos. Si tenemos en cuenta el

incremento del índice de recursos destinados a la salud, principalmente a la población vinculada y subsidiada (gráfico 22 del cod.005), podemos evidenciar no solo una duplicidad del gasto en el sistema en general sino el hecho de que esto, atenta directamente contra el bienestar de la población y la transparencia en el manejo de las finanzas públicas.

Al respecto, vale la pena citar algunas afirmaciones sustentadas del periodista Colombiano Juan Gossain (cod.001) 1. “Las EPS, han provocado incontables escándalos con el manejo de la plata del ciudadano, por los abusos cometidos” 2. “Los políticos de departamentos y municipios mandaban a Bogotá unas listas tan largas de enfermos imaginarios, para cobrar los subsidios de la salud, que en algunas de ellas había más gente que la población completa del municipio entero.”

Dichas afirmaciones, son también hechas de manera distinta por Guillermo Perry Rubio (cod.002), “Académicos, especialistas y columnistas habíamos alertado al Gobierno y a la opinión de la crisis financiera que se veía venir en el sistema de salud, desde cuando la Corte Constitucional abrió la compuerta de los llamados cobros no POS hace ya varios años, e insistimos en que, de no solucionarse, acabaría afectando la calidad del servicio, como e n efecto está ocurriendo”.

Si esto ha sido publicado en la prensa nacional y según lo que se muestra en la tabla resumen, se ha tratado en todos los documentos de los autores y especialistas seleccionados, ¿Por qué no se ha hecho una reforma a la salud

basada exactamente en resolver los problemas críticos financieros que tanto aquejan nuestro sistema?

La dinámica del doble gasto lleva a un círculo vicioso, afirma Fedesarrollo. A medida que se asigna más dinero, hay menos plata para ampliar la cobertura. Con menos dinero para ampliar la cobertura, hay que enviar más plata a los gestores del sistema ya sea a los hospitales o las EPS o EPS para cubrir los recobros. Esto lleva no solo a que el proceso de universalización de cobertura se alargue, sino también al desperdicio prolongado de los recursos.

4.1.1.6. (vi) Flujo de los recursos del sistema de salud (problemas institucionales)

El flujo de los recursos del sistema de salud y su efectividad está a cargo de múltiples entidades como empresas, fondos, cajas de compensación, cooperativas y muchos más actores de este sistema. En algunos documentos (cod.006) este flujo de recursos del sistema de salud, se denomina como un laberinto institucional.

En este laberinto, se encuentran las fuentes de financiación, los intermediarios y el destino final de los recursos. El principal ente canalizador de recursos es el FOSYGA, quien tiene a cargo el manejo de las subcuentas de financiamiento en donde se le asignan recursos a algunos actores del sistema y se reciben recursos de otros. Las principales fuentes de recurso de financiación son públicas, de las cuales vale la pena destacar los aportes del régimen contributivo, es decir de los

trabajadores y sus empleadores, el presupuesto nacional y las rentas cedidas de los entes territoriales.

Gonbaneff et.al. (2005) (cod,006), estudió en detalle este laberinto institucional financiero y afirma que el sistema de salud es muy complejo. Bajo esta apreciación, se puede decir que son necesarios más esfuerzos para la consolidación de un sistema único de cuentas nacionales de salud, dicho sistema tendrá que contabilizar el gasto en salud para que pueda visualizar su crecimiento y hacer proyecciones con respecto a la sostenibilidad del sistema en su conjunto (cod.006). Este laberinto hace absolutamente necesario el seguimiento, el control y la rendición de cuentas, pero al mismo tiempo, lo hace imposible por la complejidad del mismo. Lo anterior, solo saca a flote el requerimiento de manera urgente de una regulación y reestructuración del manejo y flujo del sistema de financiación de la salud en Colombia.

Por razones teóricas y prácticas como las expuestas anteriormente, es que los periodistas Colombianos hacen afirmaciones como (cod.001) “El FOSYGA tenía tantas funciones que no pudo cumplirlas –comenta el doctor Gómez–. Lo mismo va a pasar con el nuevo fondo Salud Mía: tendrá que compensar, recaudar, afiliar a 47 millones de usuarios, pagar alrededor de 40 millones de procedimientos cada mes y deberá controlar mensualmente las afiliaciones y las incapacidades en todo el país”. (cod.002) “Todos tenemos derecho a acceder al sistema de salud y a que sus recursos se manejen pulcra y eficientemente. Y no podemos permitir que aquellos políticos que se han aprovechado del sistema de salud de los

Colombianos para promover sus intereses personales, sigan haciéndolo impunemente y traten de bloquear la reforma propuesta por el Gobierno en el Congreso”.

Es evidente que no se puede hacer una propuesta para la reforma de la salud, sin tener en cuenta tan importantes apreciaciones que están basadas en argumentos estadísticos, científicos y de evidencia sólidos y fundamentados como las que se proponen en este análisis.

4.1.1.7. (vii) Gasto en salud y estabilidad financiera:

Fedesarrollo en su análisis al respecto (cod.006), afirma que existen muchos factores y fenómenos que ponen en peligro el financiamiento del sistema. Plantean adicionalmente, que de acuerdo con Acosta, Navarro & Gamboa (2005) se carece de incentivos para la declaración de los ingresos reales y de mecanismos de afiliación de trabajadores no formales. Se calcula que 2,5 millones de personas podrían hacer contribuciones y no lo hacen, otras medidas a futuro pueden acentuar este fenómeno. Adicionalmente complementan, que si bien la acción de tutela es un mecanismo de defensa del derecho a la salud, financieramente hablando, adquiere un carácter negativo cuando obliga a dar prestaciones o servicios no solo excluidos del POS, sino que son responsabilidad del sistema de salud. Al fin y al cabo, este tiene un tope de financiamiento que la sociedad ha decidido invertir y cualquier gasto por encima se convierte en un hueco fiscal.

Sin embargo, es muy importante aclarar que el modelo de financiamiento no está basado únicamente en los regímenes, sino en las cuentas y subcuentas de financiamiento en donde hay contribuciones de empleados, patronos, presupuesto nacional, impuestos etc. En el desarrollo del sistema de financiamiento actores como el gobierno, las entidades territoriales, los hospitales, y en general otros gestores del sistema son fundamentales para lograr una estabilidad financiera, porque de ellos depende el buen manejo de los recursos destinados para el sostenimiento del sistema de salud.

Fedesarrollo establece en su estudio, que las variables que influyen el equilibrio financiero de un sistema de salud pueden agruparse en económicos, niveles de ingreso, tecnología de la salud, nivel de salud y finalmente factores de gobernanza. En este último, se incluye el procedimiento para recolección de dineros de cotizaciones y decisiones sobre quien accede a un plan de beneficios o a un subsidio en salud.

Se sugiere, que un seguimiento a las principales variables financieras y socioeconómicas, sería muy útil para diseñar los ajustes necesarios. Así mismo, la disminución de los niveles de informalidad, deberían ser una prioridad debido a su gran impacto sobre las cotizaciones. Lo anterior, impactaría directamente sobre el crecimiento económico y la calidad del empleo para la buena financiación de la salud.

En el caso de Colombia, se ha evidenciado un gasto en salud considerable y algunas reformas incluso se han esmerado por incrementar los aportes de las diferentes fuentes de financiación, pero como analizábamos en otras variables, parece ser que el problema del sistema de salud Colombiano, además de las fuentes de financiación y el flujo de recursos, va orientado a la gestión de los mismos recursos.

4.1.1.8. (viii) Regulación financiera:

Además de todos los temas tocados anteriormente sobre las falencias en el manejo de los recursos financieros y los pocos correctivos que se han dado a estas, para hablar de regulación financiera es muy importante tratar un tema que ha cobrado mucha importancia en el desarrollo del sistema de salud Colombiano y que ha sido resaltado por los autores como otro ítem más que manifiesta la necesidad de mirar con lupa el modelo actual de financiación y modificarlo bajo los principios de regulación, vigilancia, control y rendición de cuentas.

La integración vertical como bien lo nombran Jairo Núñez y Juan Gonzalo Zapata en su investigación (cod.006) es de los temas más complejos en el sector salud. Este sistema no es ni bueno ni malo, sino que depende de cómo se utilice, así que lo importante es saber cómo se puede garantizar que se utilice correctamente para que realmente fortalezca el sistema de salud. Si la ley está basada en la libre elección de los pacientes y en la competencia sana para evitar los monopolios, los gestores de la salud deberían brindar a los pacientes varias alternativas de tratamiento, dentro de las cuales también pueden estar sus propias IPS o

laboratorios compitiendo por calidad entre otras variables. Es claro que este problema perjudica a los usuarios y promueve el mal manejo de recursos y el monopolio. El derecho de escoger en donde ser atendidos es restringido y además genera problemas de congestión y de atención. El principal fenómeno que género que las EPS se involucraran con la atención es que no existe una regulación clara al respecto y las que hay son muy permisivas.

Esta apreciación, también está plasmada en la investigación de Fedesarrollo. Por lo tanto, es bueno tener claro que las Aseguradoras EPS, son agentes casi exclusivamente financieros ya que manejan riesgos a cambio de dinero. Actualmente no existe un marco bien definido, bajo el cual estas entidades sean supervisadas por la superintendencia financiera que sería lo apropiado. La superintendencia de salud debería bajo un sistema claro de inspección, vigilancia y control eficaz, tener como objeto garantizar la calidad y el acceso efectivo a los servicios ofrecidos por las EPS e IPS y difundir la información pública que contribuya a la regulación del mercado. De esta misma manera, la superintendencia de industria y comercio debería revisar todos los aspectos relacionados con abuso de posición dominante, competencia desleal, integración vertical y concentración del mercado.

Los casos de mala manipulación de los recursos han sido tan evidentes, que los medios de comunicación no han parado de publicar casos como los del carrusel de la salud, la intervención de algunas EPS, los recobros y el mal manejo de los

fondos en los hospitales. Lo peor es que no se ven propuestas que corrijan esta problemática.

Por ejemplo, en la publicación de Juan Gossain se hace una comparación entre la problemática actual y la nueva propuesta para la reforma a la salud en donde determina la siguiente afirmación como una de las más graves de esta propuesta por ser contradictorios con los principios que establece la Constitución Política y por ser permisivos en cuanto al manejo de recursos, gestión y control de los mismos. 1. “Los recursos del sistema de salud son considerados de naturaleza pública, lo cual permite que la autoridad de control fiscal pueda investigar y enjuiciar a quienes hagan uso indebido de ellos.” 2. “La nueva ley el Gobierno propone la creación de un organismo, llamado Salud Mía, que reemplace al FOSYGA en la tarea de pagarles a las empresas prestadoras del servicio. Sin embargo, agrega que, apenas salgan de las manos de Salud Mía, esos dineros dejarán de ser públicos para convertirse en privados, ¿Quién investigará, entonces, a los nuevos defraudadores? ¿Y a los viejos?. Las actuales investigaciones tendrían que suspenderse de inmediato. Si eso se aprueba, los dineros de los usuarios quedarían por fuera del control fiscal”

Adicionalmente también menciona que anteriormente los entes territoriales manejaban lo recursos y se encontraron tantas inconsistencias que dejaron de asignarles esta tarea. En la nueva propuesta, vuelven a adjudicarles el manejo de los mismos y no se establece una regulación que permita verificar, que

efectivamente estos recursos son usados eficientemente y con fines de cumplir con su objetivo real.

Al respecto Juan Gossain comento “El asunto llegó a tales extremos de corrupción que modificaron el sistema para evitar que los llamados “entes territoriales” siguieran manejando ese dinero, porque, simple y llanamente, lo estaban saqueando. Sin embargo, el capítulo cuarto del proyecto elaborado por el Gobierno determina que esas mismas entidades territoriales serán en adelante “los agentes encargados de financiar y gestionar las acciones de salud pública”. Para justificarlo, el Gobierno inventa unas zonas del país llamadas “áreas de gestión sanitaria”, cualquier cosa que eso signifique.”

4.1.1.9. Análisis de la nueva propuesta para la reforma de la salud:

A continuación se establecen los puntos más relevantes de la nueva propuesta de la salud (doc.007), para poder correlacionarlos, analizarlos y confrontarlos con las iniciativas, propuestas, teorías y opiniones de los especialistas y demás documentos seleccionados para el desarrollo de esta investigación.

Esta propuesta fue radicada por el Gobierno Nacional a través del Ministro de Salud Alejandro Gaviria Uribe. La iniciativa cuenta con nueve capítulos y 68 artículos.

El ministro Alejandro Gaviria ha manifestado en los medios, particularmente en una entrevista con Rodrigo Pardo en su programa de opinión “Dos puntos”, que reconoce que efectivamente hay una crisis financiera en el sistema de salud pero

que también hay un problema en cuanto a la calidad y oportunidad en los servicios de salud. Teniendo en cuenta esto, afirma que la propuesta va dirigida a mejorar la calidad, oportunidad e integralidad de los servicios de salud.

Destaca como elementos principales de la reforma:

1. La creación de un fondo único llamado Salud Mía, que acumulará los recursos, pagará directamente a los hospitales y tendrá otras funciones como la afiliación y recaudo de las contribuciones. En la revista semana, complementan que “Salud Mía, será una entidad pública que se encargará del recaudo del dinero para el sector. Este fondo único de recursos, también estará a cargo de administrar la afiliación de los usuarios y del pago de los gestores de los servicios de salud (que se crean con esta reforma) y los prestadores de servicios de salud (hospitales, clínicas y centros de salud, entre otros).

Ese gran ente recogerá los recursos del Sistema General de Participaciones, los recursos de juegos de azar, las cotizaciones de los afiliados al régimen contributivo, los aportes de las cajas de compensación familiar, los del presupuesto general de la Nación, los Fondo del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito (Fonsat), los de Indumil y los de las rentas cedidas de los entes territoriales”. Según el senador Roy Barreras, la principal ventaja de este punto es que se garantiza el pago directo a los

Hospitales enfocándose en que la atención de los más pobres sea una prioridad.

Con relación a este punto, se destaca la crítica que plasman los autores en algunas de las publicaciones seleccionadas.

Juan Gossain plantea (cod.001) que “Los recursos del sistema de salud son considerados de naturaleza pública, lo cual permite que la autoridad de control fiscal pueda investigar y enjuiciar a quienes hagan uso indebido de ellos. Esa es la razón, a propósito, por la cual la Contraloría General de la República adelanta varios procesos contra personas o entidades privadas y públicas, entre ellas Saludcoop y Caprecom, acusadas de desviar o malversar esa plata, o de apropiársela, para decirlo francamente. Cómo les parece que en su borrador de nueva ley el Gobierno propone la creación de un organismo, llamado Salud Mía, que reemplace al FOSYGA en la tarea de pagarles a las empresas prestadoras del servicio. Sin embargo, agrega que, apenas salgan de las manos de Salud Mía, esos dineros dejarán de ser públicos para convertirse en privados. ¿Quién investigará, entonces, a los nuevos defraudadores? ¿Y a los viejos? Las actuales investigaciones tendrían que suspenderse de inmediato. “Si eso se aprueba, los dineros de los usuarios quedarían por fuera del control fiscal”, como lo advirtió ante el Congreso una representante a la Cámara llamada Gloria Stella Díaz”.

Mauricio Torres Tovar, plantea en su publicación (cod.003) que “Como hechos positivos a destacar de la iniciativa está el que el POS (Mi Plan) se va a definir por las exclusiones y no las inclusiones (el asunto es cómo y qué se excluye), la eliminación de los recobros (vía por la cual se han dado procesos de corrupción y desfalco a los dineros públicos de salud) y se privilegia la contratación de las gestoras de servicios de salud con las ESE, solo que se limita al régimen subsidiado”.

Aquí se aprecia lo bueno y lo malo de este punto, lo bueno es que en teoría el acceso a algunos tratamientos se ampliará y por lo tanto habrá mayor cobertura. Lo malo, que si no se resuelven los problemas de gestión financiera esto será solo una ilusión, pues la sociedad no podrá financiarlo.

2. El Ministro habla del rediseño del plan de beneficios. La revista semana explica, que Este plan de beneficios en salud dejará de llamarse POS y de ahora en adelante será denominado Mi Plan. Este plan de beneficios se ampliará y se instaurará una lista negativa en la que estarán fijados los procedimientos y los medicamentos que definitivamente no serán cubiertos por el sistema. El senador Roy Barreras afirma, que esta lista es muy importante para que la gente sepa exactamente cuándo debe reclamar con una tutela y cuando no. Se estructurará a partir de exclusiones, con participación de las sociedades científicas, la sociedad civil, la academia y los pacientes.

Juan Gossain al respecto comenta “La tutela ha sido, sin lugar a dudas, uno de los mejores inventos de la Constitución del 91. Ante una justicia viciosa, como la colombiana, la gente acude a ella para defender sus derechos. Me gustaría saber cuántos enfermos se han salvado gracias a la tutela. Las normas vigentes, como la famosa Ley 100 de 1993, definen la salud como un “servicio público esencial”. El adjetivo que acabo de subrayar (“esencial”) tiene un valor extraordinario: significa que ese servicio está relacionado con un derecho fundamental, es decir, un derecho consagrado en la Constitución Nacional. Un derecho intocable. Para proteger esos derechos, los ciudadanos acuden a la tutela. Acudían, mejor dicho, porque ahora, al revisar con pinzas de joyería el proyecto de reforma gubernamental, encuentro que el artículo 2 dice: “Ámbito de la ley. La presente ley regula la forma en que el Estado organiza, dirige, coordina y controla la prestación del servicio público de salud y los roles de los actores involucrados”. ¿De modo que de aquí en adelante la salud será solo un servicio público simple, común y corriente, como la recolección de basuras? ¿Por qué le quitan ahora la palabra “esencial”, que tiene desde hace veinte años? ¿Para que deje de ser un derecho constitucional y la gente no pueda poner su tutela? ¿Qué dice la Corte Constitucional?”.

3. La tercera y la que según el Ministro de Salud Alejandro Gaviria puede generar más polémica es la eliminación de la estructura actual de las EPS. Cambiaría la manera como venían funcionando hace 20 años y pasarían a

ser llamadas “Gestores de Salud”, con énfasis territorial. Esto último debido a que la reforma trae consigo una propuesta de descentralización en donde los mandatarios locales puedan nuevamente tener el control de los recursos del régimen subsidiado y nombrar los gerentes de los hospitales de sus departamentos o municipios. Las nuevas Gestoras de salud, supuestamente ya no manejarán el dinero del Gobierno, como ocurría con las EPS. Los recursos serán girados directamente por la nueva entidad afiliadora, Salud Mía, a los hospitales.

Mientras que los gestores de salud se convertirán en una especie de auditores de las cuentas que les envían hospitales y clínicas por los servicios médicos prestados. Así mismo, serán los encargados de administrar los programas de salud y de prevención. Los gestores de salud ya no tendrán cobertura nacional (como ocurría con las EPS) y, en cambio, van a operar en 10 o 12 zonas geográficas específicas. Las EPS actuales que estén al día con su cartera, podrán transformarse en gestoras de salud al igual que los entes territoriales que tengan más de un millón de habitantes.

El médico salubrista comenta en su publicación (doc.003), que “La iniciativa más que desaparecer las EPS, les cambia su denominación pero las potencia, en tanto les da potestad en aspectos que son centrales en el sistema de salud como crear y direccionar las redes prestadoras de servicios de salud; mantener la contratación, vigilancia y pago a las

prestadoras de servicios de salud; mantener el rol de autorizadores de servicios; contratar con su propia red en la prestación primaria de servicios de salud sin ningún límite de porcentaje; continuar con la potestad de realizar acciones de salud individuales y colectivas; mantener el negocio de la medicina prepaga. Viendo esto surge necesariamente la pregunta ¿dónde y cuál es el cambio de las EPS? Lo que si va a dar pie esta reforma es a que se dé el proceso de depuración de estas instituciones para lograr el descreme del negocio, dejando solo un conjunto de aseguradoras financieramente fuertes, en la vía del oligopolio en que han venido trabajando por años”.

Juan Gossain quien definitivamente hizo un análisis muy completo del tema y después de hacer un gran debate en su publicación frente a este punto dice que “–No le quepa duda –añade el médico Alonso Gómez, un respetado exministro de Salud–. Según el proyecto, las EPS podrán transformarse en gestoras o en prestadoras de servicios médicos de primer nivel. Agrega que no administrarán dineros del sistema. Pero, más adelante, el artículo 27 las autoriza para “apoyar a Salud Mía en los procesos de afiliación y recaudo”. Entonces, ¿manejarán recursos o no? Contradicciones como esa abundan en el proyecto”.

4.1.2. Análisis Documental General:

Después de revisar cada uno de los aspectos anteriores y de verificar en los documentos teóricos investigativos y publicaciones de expertos en el tema se puede analizar lo siguiente.

De las 10 publicaciones analizadas y confrontadas con 8 variables que hacen parte de la problemática del sistema de salud detectada en la investigación teórica se puede establecer que (i) los aspectos demográficos y de fuerza laboral y (ii) Los aspectos económicos y salarios, fueron tenidos en cuenta principalmente por los autores científicos y teóricos y pasaron casi desapercibidos en las publicaciones periodísticas.

(v) La duplicidad del gasto en el sistema de salud y (viii) la regulación financiera en el sistema de salud, fueron tenidos en cuenta en 5 de los documentos seleccionados y son temas contemplados tanto en las publicaciones periodísticas como en las teóricas investigativas.

(vii) El gasto en salud y estabilidad financiera fue tenido en cuenta en 7 documentos de los 10 seleccionados. Solo fueron pasados por alto en los documentos legales correspondientes a las últimas dos reformas de la salud y a la nueva propuesta analizada en esta investigación.

Finalmente (iv) la calidad y acceso a los servicios del sistema y el (vi) financiamiento y flujo de recursos del sistema de salud, fue un tema que se analizó en 9 de los 10 documentos revisados en esta investigación, el único documento en

donde no se encontró información consistente al respecto fue en la nueva propuesta para la reforma de la salud.

5. CONCLUSIONES

Después de revisar toda la información sobre el contexto histórico, teórico, investigativo y documental que aportaron las publicaciones seleccionados para esta investigación claramente se pueden exponer las conclusiones al respecto, que en algunos casos coinciden con las que plantean los autores de los documentos analizados en esta investigación.

Es muy relevante que el gobierno tenga claro el concepto real de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, ya que este significado no sólo tiene que ver con los servicios médicos o clínicos que se presten alrededor de cualquier anomalía física que se presente, sino también, con las intervenciones sociales tales como las de producción económica, distribución del dinero, consumo, vivienda, trabajo, ambiente, etc. Solo de esta forma, se podrá establecer un Sistema de Salud sobre unas bases sólidas y con unos pilares fundamentales que apunten claramente, al establecimiento de una estrategia adecuada para hacer de este sistema un sistema sostenible y perdurable.

La oportunidad laboral y tasa de desempleo, impactan altamente el Sistema de Salud Colombiano negativa o positivamente. La poca oportunidad laboral genera el incremento del trabajo informal, el cual ayuda a mover la economía y a disminuir los índices de desempleo, pero a su vez afecta directamente el sostenimiento del sistema de salud.

A mayor generación de informalidad, menores serán los aportes de solidaridad al sistema de salud, pues seguramente todos los trabajadores informales querrán hacer parte del régimen subsidiado, el cual se ha ido incrementando paulatinamente y generando más gasto y menos aportes al sistema de salud. Este planteamiento es uno de los orígenes de la crisis que el sistema de salud vive actualmente, pues este sistema se financia en su mayoría con dineros públicos en donde los rubros más representativos son los aportes de los empleados y empleadores y el presupuesto nacional asignado para tal fin.

Teniendo en cuenta lo anterior, se concluye que de acuerdo a las tasas de crecimiento del trabajo informal y del régimen subsidiado observadas en los últimos años, el modelo de financiamiento actual no es sostenible. Temas tan complejos como la duplicidad del gasto y el flujo de los recursos y la gestión financiera del sistema actual, pueden hacer que el sistema colapse más pronto que tarde.

La tasa de crecimiento de recobros del FOSYGA, es otro punto que pone en riesgo la sostenibilidad del Régimen contributivo al tener que reducir los aportes de solidaridad para poder pagar los tratamientos que por tutela han sido aprobados y que están por fuera del plan de beneficios. El aumento de los cupos en el régimen subsidiado, y el incremento en la cobertura del plan de beneficios, aprobados en las últimas reformas y establecidos en la nueva propuesta analizada, a los ojos de la población pinta ser algo bueno, pero en realidad implica una expansión del gasto que significa una mayor carga fiscal. Si a lo

anterior le sumamos las nuevas tecnologías, medicamentos, tratamientos y técnicas de rehabilitación para las diferentes enfermedades tanto de alto costo como de mediana complejidad podremos ver que los costos se siguen viendo afectados y con tendencia al alza.

De otro lado, como bien decía Acosta, Navarro & Gamboa (2005) se carece de incentivos para la declaración de los ingresos reales y de mecanismos de afiliación de trabajadores no formales. Además de que la población quiera evadir los aportes en régimen contributivo por un tema económico, la ampliación de POS hace aún menos atractivo el querer hacer un abono solidario, pues los beneficios serían iguales para toda la población, lo cual puede generar un estancamiento en el lento crecimiento del régimen contributivo o peor aún, un decrecimiento del mismo.

Finalmente se puede concluir, que a pesar de los esfuerzos que se han hecho para mejorar algunas de las condiciones que afectan hoy en día el sistema de salud colombiano, son necesarias nuevas alternativas principalmente en el aspecto de financiación, sostenibilidad financiera y regulación. Aunque se lograron mejoras en cuanto a cobertura y acceso principalmente después de 1993, se concluye que los aspectos económicos de un país junto con sus aspectos demográficos, de fuerza laboral, de ingresos, de salarios y su tasa de desempleo entre otros influyen altamente tanto en su desarrollo como puntualmente en la sostenibilidad del sistema de salud.

Por lo anterior damos por confirmada la hipótesis planteada al inicio del estudio demostrando que “mientras los nuevos planteamientos para la reforma de la salud no incluyan dentro de su propuesta una solución evidente a los principales problemas encontrados en el sistema de salud actual y no establezca un control fiscal y una regulación verdadera sobre el manejo de los fondos del sistema de salud; Los principios de universalidad, eficiencia, integralidad, libre escogencia, competencia sana y calidad no serán cumplidos y por lo tanto el pueblo Colombiano no podrá ejercer su derecho a la salud como lo plantea la Constitución Política de Colombia de 1991 y la ley 100 de 1993.

Adicionalmente, se da cumplimiento a los objetivos planteados y se concluye que con la implementación de la nueva reforma no se corrigen o eliminan los problemas más importantes y trascendentales del Sistema de Salud actual en Colombia y que esta nueva iniciativa, no conduce a que este sea un sistema sostenible y perdurable en el tiempo.

6. RECOMENDACIONES

Por los casos anteriormente descritos se hace imprescindible que se busque la forma de regular el flujo y el manejo de los fondos asignados para el sistema de salud, basados en inspección, vigilancia, control y rendición de cuentas. Esta regulación debe permitir que otros agentes reguladores, diferentes a los actores del sistema de salud, ayuden al control y supervisión del mismo, ya que no se puede ni debe ser juez y parte. Instituciones como la Superintendencia Financiera,

la Superintendencia de Industria y Comercio y por supuesto la Superintendencia de Salud deberían participar en conjunto en esta imprescindible labor.

El problema del sector no es de recursos, pues estos han crecido en forma sostenida muy por encima de la inflación. El problema está relacionado con el diseño del modelo de financiamiento, el flujo y la gestión de los recursos.

Es determinante establecer una reforma que se enfoque precisamente en resolver estos problemas, ya que a pesar de la difícil coyuntura, es fácil sugerir que el debate no se debe centrar en reestructurar, cambiar o cuestionar el modelo actual de aseguramiento, sino por el contrario en diseñar los ajustes necesarios para consolidarlo.

La nueva propuesta plantea, ampliar la cobertura, hacer del sistema un sistema universal, mejorar el acceso y ampliar el plan de beneficios, cambiar el modelo de aseguramiento, crear nuevos intermediarios con otros nombres etc. Pero no se establece una regulación que permita atacar con firmeza, entereza y sin vacilaciones los reales problemas del sistema de salud.

Se pueden proponer innumerables reformas al sistema de salud, pero si no se ataca la problemática real, eliminando la de raíz, ningún modelo ni el actual ni los que estén por venir van a ser sostenibles y duraderos. La corrupción, el mal manejo de los recursos asignados al sistema de salud, la gestión y el flujo ineficiente de los mismos, se acentuarán aún más, poniendo en riesgo la

estabilidad del sistema y de por si la inversión que la sociedad esperanzada, hace día a día para buscar cada vez una mejor calidad y cuidado de su salud.

7. BIBLIOGRAFIA

- Castaño Yepez, Ramon Abel. (13 de 5 de 2004). Elementos Fundamentales del equilibrio Financiero del Sistema General de Seguridad Social que inciden en las decisiones de ajuste del pos y/o de la PC. Bogotá, Colombia: Fundación Corona.
- Acosta Navarro, O. y. (6 de 2005). Una aproximación al financiamiento de un sistema de protección social en Colombia. *Universidad del Rosario. Serie Documentos. Borradores de Investigación, No.69, Junio*. Bogotá, Colombia.
- Castro Rodríguez yeimy, C. C. (7 de 2011). Memoria histórica: CAJANAL vs. Sistema General de Seguridad Social. *Boletín de estudiantes PSIBA Vol 1 No. 1*. Bogotá, Colombia: Universidad de La Salle.
- Catillo Héctor William, C. A. (2006). La proyección en el sector salud en Colombia. *EAN No. 57, 45 - 75*.
- Congreso de la República de Colombia. (23 de 12 de 1993). Ley 100 de 1993. *Reforma a la Salud*. Bogotá, Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (9 de 1 de 2007). Ley 1122. *Reforma a la salud*. Bogotá, Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (19 de 3 de 2013). Proyecto de Ley 2013. *Reforma a la salud*. Bogotá, Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (19 de 1 de 2011). Ley 1438 de 2011. *Reforma a la salud*. Bogotá, Colombia.
- Correa, L. A. (2003). *Ética Médica, interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte*. Medellín.
- Cuellar, M. M. (2013). Reforma a la Salud: Una Propuesta Alternativa. *Semana Económica, Asobancaria, edición 892, 2-18*.
- Fedesarrollo. (2011). La Nivelación de los Planes de Beneficio en Salud. *Tendencia Económica, 3-5*.
- Gaviria A., & M. (Enero de 2006). Evaluating the impact of health care reform in Colombia: From the Theory to Practice. Bogotá, Colombia.

Gossaín, J. (8 de 5 de 2013). Esto dice la letra menuda del proyecto de reforma de la salud. *El Tiempo*.

Economía de la Salud GES. (2005). Resultados Financieros del Seguro Público de Salud en Colombia. *Observatorio de la Seguridad Social*, 1-9.

Grupo de economía de la salud GES. (2007). Reforma a la Seguridad Social en Colombia. *Observatoria de la Seguridad Social*, 1-13.

Lopez, J. O. (30 de 4 de 2010). La última reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Lejano de la eficiencia y camino a la privatización total.

Perry Rubio, G. (11 de 5 de 2013). Salud sin Barreras. *El Tiempo*.

Ramiro Guerrero, M. e. (9 de 2 de 2011). Sistema de Salud en Colombia. Cali, Colombia.

Romero, R. V. (2002). Dilemas éticos conemporáneos en salud: desde la perspectiva de la Justicia Social en Colombia. *Gerencia y Políticas de Salud*, 49-65.

Sachs, J. D. (2001). *Macroeconomics and Health investing in health for Economic Devolopment*. Canadá: World Health Organization.

Santa Maria S, Mauricio; Garcia A, Fabian; Rozo,Sandra; Uribe, María José (2007). *Diagnóstico General del Sector Salud en Colombia: Evolución, Contexto y principios retos de un Sistema*