



Trabajo de Grado

**Análisis del sistema de Salud en Colombia en términos de cobertura como resultado de la
Ley 100 entre los años 1993 y 2015**

Nicolás Gutiérrez Moran

Escuela Superior de Administración Pública (ESAP)

Administración Pública Territorial

Sede Central Bogotá, Colombia

2025

**Análisis de la cobertura de salud en Colombia a partir de la ley 100 de 1993 y hasta el año
2015**

Nicolas Gutierrez Moran

Monografía presentada como requisito parcial para optar al título de:

Administrador Publico Territorial

Tutor:

Numael Ramírez Hernández

Línea de Investigación:

Salud en Colombia

Escuela Superior de Administración Pública (ESAP)

Administración Pública Territorial

Sede Central Bogotá, Colombia

2025

Dedicatoria

Quiero dedicar y manifestar mi gratitud a las personas que han posibilitado haber llegado a este lugar de mi vida que representa un punto de partida en mis metas profesionales.

Agradezco a mis padres por haberme dado la vida, por los valores y entereza que desde muy niño me han inculcado, a mis hermanos en especial a mi hermana Erika quien ha sido mi apoyo fundamental. Agradezco a cada una de mis sobrinas, y a mi cuñado David.

A la Administración Pública por haber llegado a mi vida y permitirme desde otras perspectivas, conocer, aportar y participar en procesos de cambios a gran escala que retribuyan al país.

A mi tutor, Numael Ramírez por sus conocimientos, por su apoyo. Le doy gracias por su vocación, aptitudes, paciencia y habilidades que me han sido de gran ayuda para concretar este trabajo.

A todas aquellas personas que de alguna forma participaron en este sendero.

Les agradezco a todos por su cariño.

Gracias.

Resumen:

Esta monografía presenta un análisis del sector de la salud en Colombia que ha tenido importantes cambios en las últimas décadas en los países latinoamericanos a finales de los años 80 y principios de los años 90; el cual es un punto de partida de una serie de transformaciones en algunas instituciones del Estado y del mismo funcionamiento del Sistema de Salud en Colombia en donde se da cuenta del resultado de la ley 100 de 1993 identificando y analizando el comportamiento de la cobertura en salud entre los años 1993 hasta el año 2015.

Los objetivos del presente trabajo son:

Objetivo general:

Análisis de la cobertura de salud en Colombia a partir de la ley 100 de 1993 y hasta el año 2015.

Objetivos específicos:

Analizar el comportamiento de la cobertura en la atención de salud en Colombia entre los años 1993 y 2015.

Describir en términos de financiamiento la salud en Colombia entre los años 1993 y 2015

El origen del trabajo se relaciona con el cuestionamiento acerca de: ¿Como se han comportado la cobertura y el financiamiento de la salud en Colombia entre los años 1993 y 2015?

Palabras clave: Salud, Economía de la Salud, Cobertura Universal de la Salud,

Derecho a la salud, Políticas de salud, Ley 100 de 1993.

Summary:

This monograph presents an analysis of the health sector in Colombia that has had important changes in recent decades in Latin American countries in the late 1980s and early 1990s; which is a starting point for a series of transformations in some State institutions and the functioning of the health system in Colombia, where the result of Law 100 of 1993 is reported by identifying and analyzing the behavior of coverage in health between 1993 and 2015.

The objectives of this work are:

General objective:

This work has of analyzing health coverage in Colombia as a result of Law 100 between 1993 and 2015.

Specific objectives:

Analyze the behavior of health care coverage in Colombia between 1993 and 2015. Describe in terms of financing health in Colombia between 1993 and 2015

The origin of the work is related to the questioning about how health coverage and financing have behaved in Colombia between 1993 and 2015?

Keywords: Health, Health Economics, Universal Health Coverage, Right to Health, Health Policies, Law 100 of 1993.

Tabla de contenido

Lista de figuras.....	Pág. 7
Lista de tablas.....	Pág.8
Introducción.....	Pág. 9
Marco teórico	Pág. 11
Capítulo I. La Cobertura en Salud	Pág. 17
Capítulo II. Financiamiento de la Salud en Colombia	Pág. 20
Capitulo III. La Salud como Derecho.....	Pág. 34
Capitulo IV. La Inequidad del Sistema de Salud en Colombia.....	Pág. 36
Metodología	Pág. 40
Resultados.....	Pág. 41
Conclusiones.....	Pág. 45
Recomendaciones.....	Pág. 46
Bibliografía	Pág. 49
Anexos	Pág. 51

Lista de figuras

Figura 1. <i>Promedio de la cobertura del régimen subsidiado (1998-2004).</i>	Pág. 19
Figura 2. <i>Distribución de las transferencias para el sector salud durante la vigencia de la ley 715 de 2001. Privilegio de los municipios certificados</i>	Pág. 21
Figura 3. <i>Inversión en salud por fuentes de financiación en municipios certificados</i>	Pág. 22
Figura 4. <i>Inversión en salud por fuentes de financiación en municipios no certificados</i>	Pág. 22
Figura 5. <i>Promedio de la inversión en salud por tipo de gasto en los municipios certificado</i>	Pág. 24
Figura 6. <i>Promedio de la inversión en salud por tipo de gasto en los municipios no certificados</i>	Pág. 24
Figura 7. <i>Promedio de la inversión en salud por tipo de gasto en el total de los municipios</i>	Pág. 25
Figura 8. <i>Gasto total Seguridad Social en Salud</i>	Pág. 26
Figura 9. <i>Financiamiento en salud Colombia</i>	Pág. 27
Figura 10. <i>Gasto público en salud como porcentaje del PIB en países seleccionados 2008</i>	Pág. 30
Figura 11. <i>Cambios en la composición del gasto nacional en atención en salud a través del tiempo. América Latina y el Caribe. 1980-2005</i>	Pág. 31
Figura 12. <i>Uso de recursos de salud en Colombia (1996-2003)</i>	Pág. 33
Figura 13. <i>Tipo de Acciones Sociales Colectivas Contenciosas por el Derecho a la salud. Bogotá 1994 – 2010</i>	Pág. 35
Figura 14. <i>Periodización de la movilización social por el derecho a la salud. Colombia, 1993 – 2015</i>	Pág. 39

Lista de tablas

Tabla 1. <i>Gasto total de atención en salud como proporción del PIB (%)</i>	Pág. 29
---	---------

Introducción

Esta monografía se realiza con relación al comportamiento de la cobertura del servicio de salud en Colombia entre los años 1993 al año 2015 debido a que en el año 2015 el gobierno nacional expide la Ley 1751 la cual hace un análisis del sector de la salud en Colombia que ha presentado importantes cambios en las últimas décadas y en la que se han venido generando variaciones en los países latinoamericanos a finales de los años 80 y principios de los años 90.

Lo anterior, es un punto de partida para el funcionamiento de algunas instituciones y del mismo funcionamiento del Sistema de Salud de Colombia, de tal forma que se pueda observar las consecuencias de la ley 100 de 1993 como su cobertura, su financiación y el derecho a la salud que son relevantes para entender este fenómeno entre los años 1993 hasta el año 2015.

Esta investigación surge de la pregunta: ¿Como se han comportado la cobertura y el financiamiento de la salud en Colombia entre los años 1993 y 2015?

Con la Ley 100 de 1993 se creó el Sistema de Seguridad Social Integral en Salud (SGSSS) que, si bien tuvo un impacto en la reorganización del sistema, no se han conseguido sus objetivos centrales. Es importante analizar y dar cuenta de los factores que han ocasionado el detrimento del sistema de salud, tales como el financiamiento y cobertura. El análisis de estos aspectos permite describir los cambios positivos que puede tener el servicio de salud.

Se han tenido en este trabajo limitaciones debido a las dificultades para realizar estudios de campo y encuestas por factores de tiempo y practicidad. Se ha usado una metodología cualitativa con análisis de bibliografía, conferencias, entre otros.

Con la crisis que presenta el sistema de salud en los últimos tiempos, es relevante buscar

una transición que propicie la mejora del sistema mismo, en términos de cobertura, que implica a su vez una mejora en la calidad y conlleva al análisis de formas de financiamiento que puede emplear la administración pública colombiana.

La ley 100 de 1993 es un sistema fragmentado que carece de equidad, debido a que privatizo los servicios de salud y presenta falta de sostenibilidad financiera.

El gobierno expidió las leyes 1122 de 2007 y Ley Estatutaria 1751 de 2015, con el fin de mejorar la eficiencia y cobertura del sistema de salud. Fueron implementadas como continuidad de la Ley 100; pero no han demostrado los resultados esperados, tales como la disminución de brechas en acceso y eficiencia del sistema.

Antes de la Ley 100 1993 el Estado subsidiaba la oferta girando directamente los recursos de forma anual a los hospitales. Sin embargo, a partir de este año, se pretende transitar al modelo de subsidio a la demanda en donde las instituciones de salud reciben dinero únicamente por los servicios que facturan las Entidades Promotoras de Salud (EPS), por lo tanto si las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) en lo que fueron convertidos los hospitales públicos, no venden servicios, ya que no pueden obtener contratos con las EPS por su bajo funcionamiento y de esta forma tienden a desaparecer como muchas instituciones de la red pública hospitalaria de Colombia, un ejemplo el hospital San Juan de Dios.

Se presenta la destrucción de lo público un alto proceso de privatización que fue instaurado por sus proponentes, el gobierno del momento, los intereses alineados en la ley 100 de 1993. Se presenta la destrucción sistemática no solo de la institucionalidad publica sino de la red hospitalaria y el cierre paradójico siendo un derecho fundamental el de la salud, de centros para la prestación del servicio y hospitales.

Para el año 2015 se emitió la Ley 1751 o Ley estatutaria de Salud que en su discurso la consagra como un derecho fundamental, en donde se garantiza su prestación, lo regula y lo protege, es decir que a nadie se le debía negar el derecho a la atención en salud y además, se tiene derecho a la prestación de un servicio eficaz, de calidad, oportuno; garantizando la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación de una enfermedad.

Esta ley solicito al Estado promover la mejora de la salud, la prevención de las enfermedades y elevar la calidad de vida de la población; priorizo la atención de los niños, niñas y adolescentes, mujeres en embarazo, desplazados, víctimas de la violencia, adultos mayores y personas en condición de discapacidad, todo en la teoría. A pesar de lo anterior y con el ánimo de disminuir las tutelas registradas, sucedió lo contrario; el año 2015 da lugar al mayor número de tutelas presentadas, se vivía una crisis en la salud.

Marco teórico:

En Colombia desde finales del siglo XX se dieron un conjunto de cambios estructurales en el sistema político, social, cultural producto de las reformas dirigidas por los organismos financieros multilaterales en el contexto de la globalización dada por el neoliberalismo que en términos generales propuso la liberalización del mercado y la adaptación del Estado mismo.

Según Torres-Tovar (2015), estas reformas se vieron tanto en la configuración estatal (reformas judiciales y administrativas), como reformas económicas y sociales (reformas tributaria, educativa, laboral, de seguridad social y de salud) y encaminando el papel del Estado más como regulador del mercado que de oferente directo de servicios sociales.

La salud publica integra acciones dirigidas tanto a la promoción como al cuidado de la salud en la población, que es central para entender la relación que debería tener como base en los

fundamentos de la Ley 100 entre los cuales encontramos: la equidad, la protección integral, la obligatoriedad, autonomía de las instituciones, la descentralización y la participación social.

Lo anterior es responsabilidad del Estado, de los departamentos, de los entes municipales, de las (EPS) que son estas últimas las responsables de la prestación de los servicios médicos incluidos los preventivos de sus afiliados, estos imparten el Plan Obligatorio de Salud (POS). Las entidades territoriales se encargan de establecer las acciones de salud pública colectiva dirigidas a la población de los territorios en el denominado Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

El suministro de los servicios de salud se delegó a las instituciones prestadoras de salud (IPS), entre las cuales encontramos los hospitales y prestadores autorizados para su funcionamiento. Este mercado de competencias de la salud es regulado por el Estado. Las IPS son contratadas por las EPS para prestar el servicio de salud incluidos el (POS), también por los compradores de servicios y por las entidades territoriales en el proceso del PIC y la provisión de los servicios de salud a la población pobre no asegurada (PPNA).

En términos de respuesta de la administración Pública, argumenta Torres-Tovar (2015), que, en la constitución Política de Colombia de 1991, se describe el servicio de salud como un derecho, un servicio público que podría ser impartido tanto por instituciones públicas como privadas. Posterior a ello se presenta el momento para establecer una reforma al sistema de seguridad social por medio de la Ley 100 de 1993 la cual crea el Sistema de Seguridad Social Integral, el cual básicamente construye un modelo de aseguramiento individual, pero bajo un modelo de mercado con su figura de intermediación con los privados de las compañías aseguradoras de salud las llamadas (EPS).

La Ley 100 es entonces el resultado de esa percepción de la salud como un bien privado y como responsabilidad de los individuos, quienes podrían acceder al servicio de salud por medio de un mercado de servicios y en donde la población que no puede pagar por el servicio, se le incorpora a través de una política de subsidios focalizada e impartida por el Estado Colombiano. Sin embargo, con esta ley se consolidó en las últimas décadas la salud y el individuo mismo como mercancías, dejando totalmente rezagadas las políticas públicas que deben comprender a la salud según la normativa del país como un derecho humano y una obligación del Estado.

Es entonces la eficiencia de los sistemas de salud uno de los principales objetivos de las políticas de reformas en el mundo e inclusive en América Latina y es considerada una dimensión crítica, por un lado, depende de las funciones del sistema de salud como la generación de sus recursos, su modelo de financiamiento, la organización del sistema y la forma de provisión de los servicios de salud.

Por otra parte, la eficiencia es el puente para el logro de los objetivos finales de los sistemas de salud, que se expresan en términos de ganancias en salud y equidad en salud, en la protección financiera y equidad en el financiamiento, y muy importante, la responsabilidad misma del sistema con relación a las necesidades que presenta la población.

En este orden de ideas, Cit, et al. (2016) considera la eficiencia como condición necesaria para alcanzar los objetivos de la estrategia de acceso y cobertura universal, sea en la utilización adecuada con las necesidades de salud de la población, la calidad de los servicios que se prestan o bien sea con la protección financiera universal.

El actual sistema de salud colombiano fue creado por la Ley 100 de 1993 como el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que tiene como objetivo regular el servicio público

de salud y establecer las condiciones de acceso a todos los niveles de atención para todos los habitantes. Y con este fin define un conjunto de servicios como el POS que se garantiza a la población la cual está asegurada bajo el régimen contributivo (personas con capacidad de pago) y por el régimen subsidiado (personas vulnerables y sin capacidad de pago).

Se consideran bajo el sistema de salud colombiano actual seis competencias en su marco legislativo las cuales son, la rectoría, modulación, financiamiento, aseguramiento, salud pública y prestación de servicios. La rectoría está en manos del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) la cual integra la dirección la orientación y la conducción del sistema por medio de un marco normativo que promueva y garantice el acceso de la población a una provisión equitativa de los servicios de salud.

Como afirma Bonet et al. (2017), la modulación incluye la dirección del sistema, pero por parte de los departamentos y los municipios e incorpora la inspección, vigilancia y control del sector que se realiza de manera conjunta por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) y las entidades territoriales. Y, por otro lado, regula al sistema en la adecuación de aseguradores y prestadores del servicio, de igual manera contempla la aprobación, desde el ámbito nacional, de los planes bienales de inversión pública de los entes territoriales cuyos elementos municipales son avalados por los departamentos para el territorio de su jurisdicción.

El gobierno nacional tiene a cargo el control del proceso de la recaudación de recursos desde sus diversas fuentes y los entes territoriales, de manera marginal, recaudan algunas rentas destinadas a salud. Estos recursos eran dirigidos al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y que en relación con criterios de compensación y distribuciones previamente establecidos son asignados para financiar el aseguramiento de la población mediante la unidad de pago por

capitación (UPC) y las acciones de salud pública se financian con recursos de la nación y recursos territoriales de destinación específica.

Las EPS son las encargadas del aseguramiento del individuo en el régimen contributivo y subsidiado, por ende, se encargan de la administración del proceso de afiliación de los ciudadanos al sistema de salud, se apropian de la gestión del riesgo financiero y garantizan el acceso de los afiliados a los servicios de salud al que tienen derecho. Los municipios se encargan de identificar y seleccionar cuáles serán los beneficiados del régimen subsidiado y asimismo de promover la afiliación de las personas con capacidad de pago al régimen contributivo.

Este contexto es relevante entender las dinámicas que dan lugar a la pugna por el control de la salud, vemos por un lado un corte hegemónico neoliberal que como se ha argumentado, ve a la salud como un bien privado de consumo que se adquiere en un mercado de servicios y al cual se puede ingresar si se tiene la capacidad de pago, contra uno contrahegemónico que contempla a la salud como un bien público y derecho humano, responsabilidad del Estado; y a esto se suma el panorama de los procesos autónomos en relación a sus experiencias concretas que pretenden hacer una realidad de la salud como un bien uniforme colectivo protegido incluso por las mismas comunidades.

En este contexto, resulta importante señalar la dinámica adoptada de algunos países de América Latina los cuales han venido resistiendo y movilizándose en contra de este modelo mercantil neoliberal de la salud. Se han dado disputas por hacer realidad el derecho a salud como un derecho fundamental, exigiendo la responsabilidad del Estado en su garantía y avance hacia un panorama universal de calidad pública que sea incluyente y que reconozca la diversidad de los pueblos.

Se ha intentado en la región establecer y garantizar el derecho de la salud, bien sea por la demanda en el diseño de políticas y sistemas de salud que concreten las formas bajo las cuales se llegara al derecho real de la salud o por un ámbito autónomo se han dado soluciones desde las necesidades mismas del sistema con sus conocimientos y prácticas. En este sentido, son los contextos sociales, económicos y políticos los que dan cuenta del marco de acción de los procesos de lucha, resistencia, movilización y organización social que han dado los pueblos por las demandas legítimas.

En América Latina este marco de acción se da en los últimos años por las reformas neoliberales implementadas desde la década del noventa, contextos en los que se han impulsado procesos de reforma de carácter garantista de los derechos sociales y también por contextos donde las comunidades mismas han hecho una apuesta propia al considerar que se puede generar alternativas sociales sin la presencia del Estado.

Se debaten entonces en el campo de la salud de la región los modelos de regulación y políticas de corte neoliberal que han propiciado la privatización de los sistemas de salud, y esto ha llevado a el aumento de las inequidades sanitarias y ha ocasionado problemas de salud en la población; y las que intentan impulsar, sostener y desarrollar los sistemas nacionales de salud de carácter público y universal con el objetivo de plasmar la salud como un derecho y brindar el acceso de salud a las poblaciones (Torres-Tovar, 2015).

Este preámbulo da lugar a la configuración de los actores defensores del derecho a la salud y el reconocimiento más evidente a los que defienden el modelo de la Ley 100 de 1993. En un primer momento se da la reagrupación de los sectores sociales de la salud en la denominada Alianza Nacional por la Salud - ANSA que presentó en el año 2011 un proyecto de reforma

estructural de la Ley 100 al Congreso de la Republica. Que da cuenta de cambios relevantes en la estructura de políticas dadas para intentar una transformación para beneficio de la población en el sistema de salud, posteriormente una instancia un tanto más amplia que se denominó Mesa Nacional por el Derecho a la Salud, que es hoy en día la instancia que articula los sectores sociales que luchan por el derecho de la salud.

Se instaure la Ley Estatutaria de Salud, Ley 1751 de 2015, la cual incorpora en la estructura jurídica de Colombia la salud, pero, como derecho necesariamente fundamental. El estado de salud de la población es un claro indicador del desarrollo económico actual y futuro que puede alcanzar una ciudad, región o país; por medio del cual se entiende como una causa de crecimiento o en su defecto como una consecuencia.

Países con un mejor desempeño económico pueden tener la posibilidad de destinar mayores recursos para el sistema sanitario y de salud, dando lugar a una mejor atención a la población y generando en ella una mejora en la calidad de vida; es fundamental desde la administración pública en la cual el desarrollo del estado de una población que se considere y este saludable tendrá la capacidad y condiciones para incrementar la producción y mejorar así los rendimientos económicos.

Capítulo I

La Cobertura en Salud

Por otra parte en cuanto a la cobertura, afirma Torres-Tovar (2015) que con las políticas neoliberales en el campo de la salud han dado lugar a intervenciones del Estado con un enfoque focalizado por medio de los subsidios para el aseguramiento en salud de los sectores más

empobrecidos y a su vez han incorporado los servicios de aseguramiento y prestación de servicios en el mercado privado de la salud y que si bien ha mejorado el indicador de cobertura de aseguramiento e incluso se ha aumentado la inversión en la salud, esto no ha llevado a la mejora del servicio para la población en Colombia el cual parte central de los objetivos de la Ley 100 de 1993 y Ley 1751 de 2015, no ha mejorado la equidad y eficiencia del sistema de salud y mucho menos ha mejorado la calidad del servicio de salud.

Es entonces el objetivo central la cobertura universal según lo estipulado en el artículo 157 de la Ley 100 de 1993 que indica que para el año 2000 todo colombiano debía estar afiliado en el régimen contributivo o en el subsidiado. Los municipios en su tarea de conseguir que las personas que no estén en el régimen contributivo hagan parte del sistema subsidiado tienen como principal fuente de recursos las transferencias del gobierno.

Lo anterior fue organizado por la ley 60 del mismo año, en donde permite que los municipios que cumplieran ciertos requisitos se certificaran y recibieran recursos adicionales de parte de las autoridades departamentales, que debían invertirse en el régimen subsidiado (subsidios a la demanda), en la salud pública y en la población pobre no asegurada (subsidio a la oferta).

Como afirma Guzmán (2012), en ese momento se pretendía que paulatinamente se pasara de los subsidios a la oferta, a los subsidios a la demanda. Se discuten también las dificultades que se tienen en dicha transformación de subsidios en la propuesta de la Ley 60 de 1993, hace hincapié en que, si bien hubo un incremento en la cobertura con el nuevo modelo, lo hizo menos de lo pronosticado y esto se debe a que incrementaron los recursos para el régimen subsidiado, sin embargo, no se redujeron los de la prestación del servicio para la población no asegurada lo cual

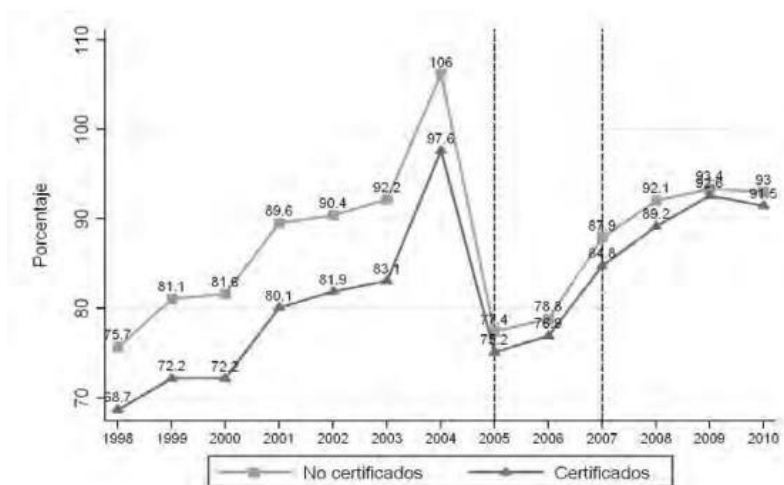
incremento los costos significativamente ya que se duplicaron.

Como observa Guzmán (2012), incremento la cobertura en salud, el análisis lo hizo por medio de una evaluación en donde se usó la metodología diferencia en diferencias. Los datos utilizados provienen del Ministerio de la Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación -DNP. Estos resultados argumentan que los municipios certificados incrementaron su cobertura en 11.7 puntos porcentuales (p.p) en 2002, en 13.5 p.p entre 2002 y 2003 y 27.9 p.p entre 2003 y 2004 más que los municipios no certificados.

A continuación, con líneas puntuadas se revisan dos hechos relevantes. El primero se da entre los años de 1998 y 2010, los municipios reducen su cobertura y segundo, que las diferencias en cobertura entre los municipios certificados y no certificados en cada subperiodo de metodología uniforme va disminuyendo.

Figura 1

Promedio de la cobertura del régimen subsidiado (1998-2004)



Nota. Tomado de Los subsidios de oferta y el régimen subsidiado de salud en Colombia. (p. 20) por K.Guzmán, 2014, Banco de la República Centro de Estudios Económicos Regionales.

Según Guzmán (2012, p. 22 y 23) esta caída en la cobertura, que para ambos grupos de municipios en 2005 la población SISBEN 1, 2 y 3 no cubierta es mucho mayor que la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) del 2004; a pesar de que el crecimiento de los cupos de subsidios fue de 19.4% el crecimiento de la población objetivo fue del 60.5%.

En el año 2007 se produjo una reducción del 10% de la población objetivo y aumento casi 4% los cupos contratados. Esto causo aumento en la cobertura, sin embargo, esto es resultado de los cambios en las metodologías de calculo que pueden afectar los resultados y la interpretación de la cobertura del régimen subsidiado.

Capítulo II

Financiamiento de la Salud en Colombia

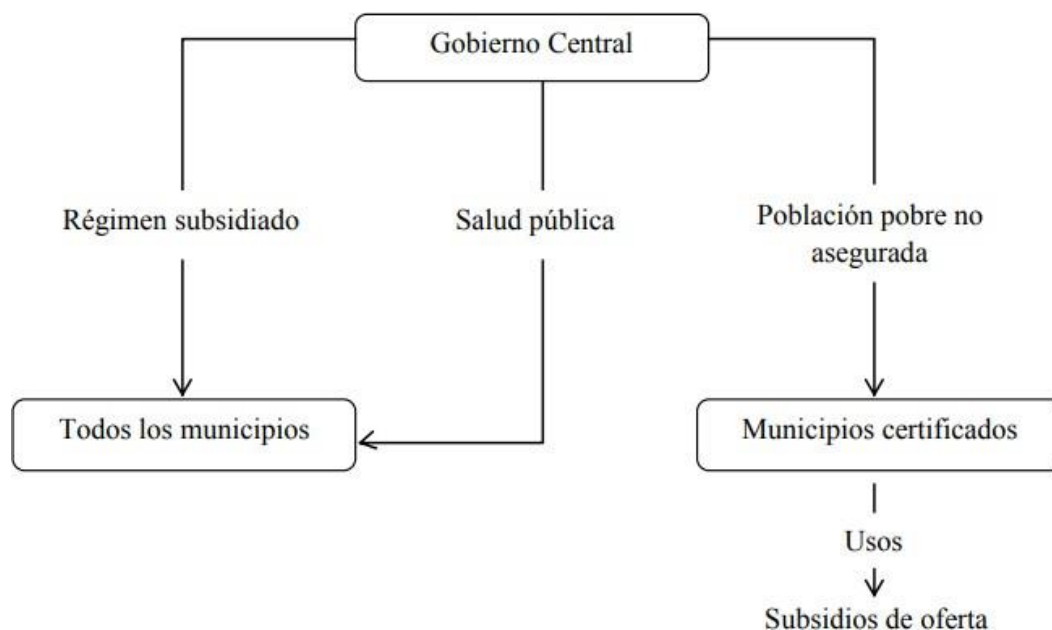
La ley 715 de 2001 introdujo en Colombia el Sistema General de Participaciones (SGP) el cual establece que el total de las transferencias que se dirigen a los municipios se debe destinar del mismo 58.5% a educación, un 17% a propósitos generales y un 24.5% a salud. En la salud se debe destinar a 3 rubros: financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, subsidios a la oferta y las acciones de salud pública

A cada departamento le corresponde alrededor de 59% del monto destinado por el Gobierno Central a tal fin, el 41% restante financia la atención en el primer nivel de complejidad de cada uno de los municipios y corregimientos. Si el municipio este certificado, este 41% de los recursos le llega de forma directa, en caso contrario, el departamento administra los recursos.

Figura 2

Distribución de las transferencias para el sector salud durante la vigencia de la ley 715 de 2001.

Privilegio de los municipios certificados.

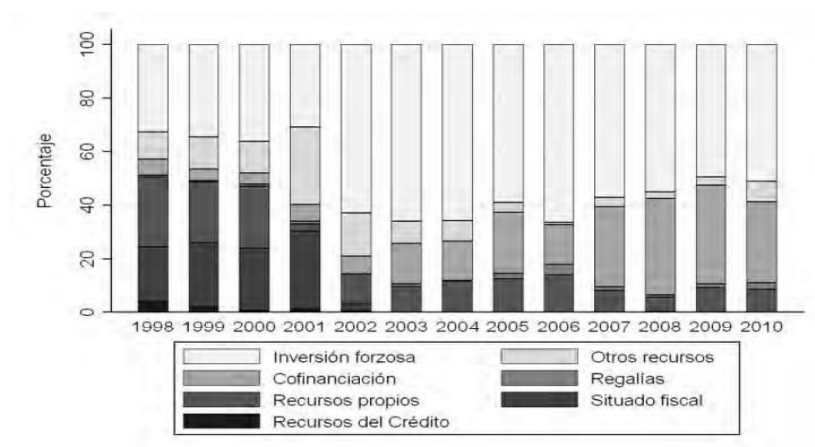


Nota. Tomado de Los subsidios de oferta y el régimen subsidiado de salud en Colombia. (p. 8) por K. Guzmán, 2014. Banco de la República Centro de Estudios Económicos Regionales.

Ahora bien, con que se financia la salud en Colombia haciendo énfasis en el régimen subsidiado y en lo concerniente a prestación de servicios a la PPNA. Se toman como fuentes las siguientes categorías: inversión forzosa, situado fiscal, recursos propios, recursos del crédito, cofinanciación, regalías y otros recursos. Inicialmente la inversión en salud en Colombia en los años 1998 y 2010 se realizó fundamentalmente con recursos de inversión forzosa que se transfieren a los municipios, esta fuente financio en promedio para los municipios certificados el 51.3% de sus gastos y para los no certificados el 68.6% donde notamos la dependencia mayor de los municipios no certificados de las transferencias (Guzmán, 2012, p. 13).

Figura 3

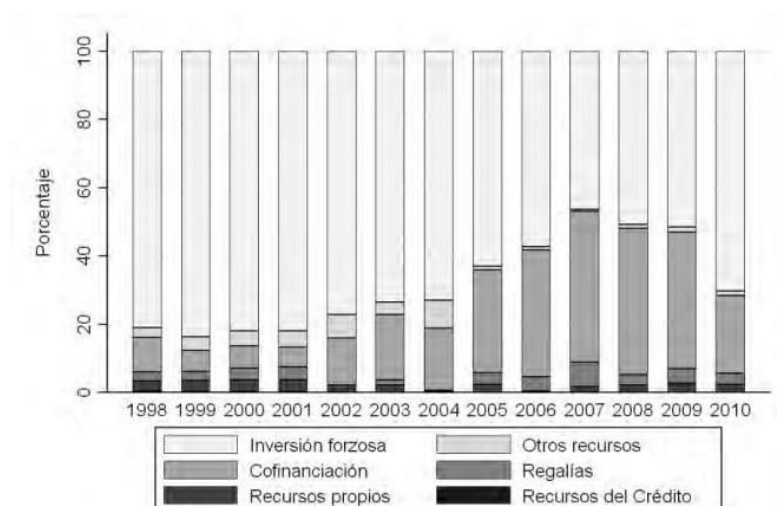
Inversión en salud por fuentes de financiación en municipios certificados



Nota. Tomado de Los subsidios de oferta y el régimen subsidiado de salud en Colombia. (p. 14) por K. Guzmán, 2014. Banco de la República Centro de Estudios Económicos Regionales.

Figura 4

Inversión en salud por fuentes de financiación en municipios no certificados



Nota. Tomado de Los subsidios de oferta y el régimen subsidiado de salud en Colombia. (p. 14)

por K. Guzmán, 2014. Banco de la República Centro de Estudios Económicos Regionales.

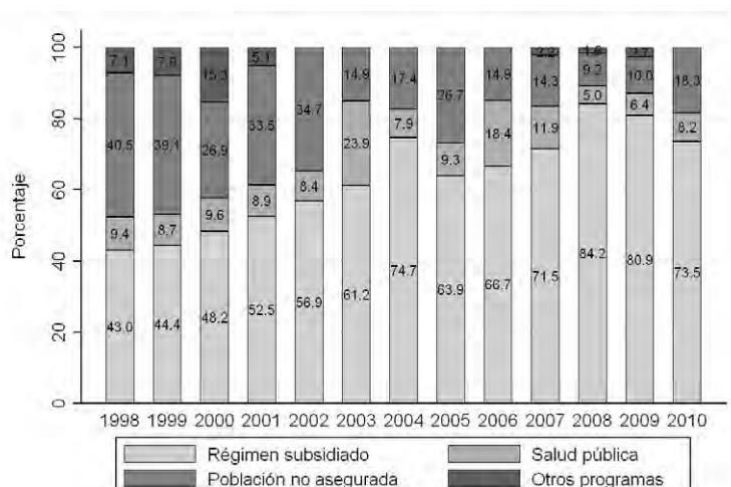
En segundo lugar, como afirma Guzmán (2012), se encuentra la cofinanciación, la cual financió en los municipios certificados el 17.46% y en los no certificados el 22.85% donde hubo un mayor gasto en términos reales fue en los municipios certificados, esto es coherente con la prioridad, de acuerdo con el artículo 17 de la Ley 60 de 1993.

También comenta Guzmán (2012, p. 13), que en cuanto a los recursos propios con un 12.6% de participación promedio para los municipios certificados, mientras que en los no certificados lo son otros recursos con un 3.2% en este punto cabe resaltar que producto de la expedición de la Ley 715 en ambos tipos de municipios disminuyó la proporción de la inversión total financiada con recursos propios. Y el situado fiscal mientras se mantuvo en las transferencias de departamento a municipios certificados participó aproximadamente con el 20% de los gastos entre 1998 y 2002.

Como se observa a continuación, indica Guzmán (2012), que la proporción más grande se invierte en los servicios de la PPNA, esto es producto de la Ley 715 en donde el gobierno le dicta a los municipios cómo distribuir las transferencias, no vario demasiado en los municipios certificados, pasa de 33.5% en 2001 a 34.7% en 2002, como en los no certificados que pasaron del 23.1% en 2001 al 3.1% en 2002 y siendo imperceptible desde 2006, este resultado refleja lo dictaminado por la ley ya que estos recursos para los municipios no certificados son administrados por los departamentos.

Figura 5

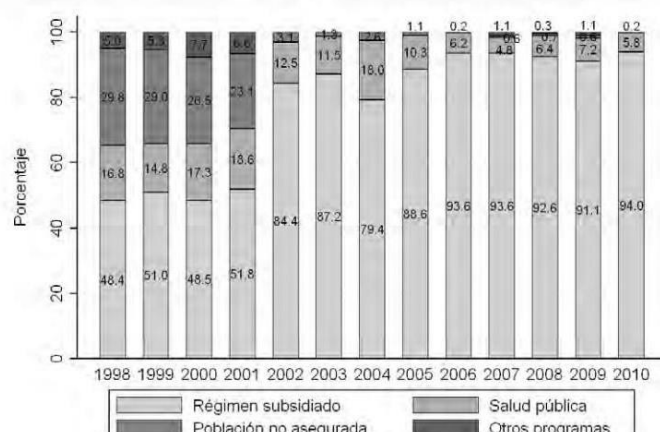
Promedio de la inversión en salud por tipo de gasto en los municipios certificados



Nota. Tomado de Los subsidios de oferta y el régimen subsidiado de salud en Colombia. (p. 20) por k. Guzmán, 2014. Banco de la República Centro de Estudios Económicos Regionales.

Figura 6

Promedio de la inversión en salud por tipo de gasto en los municipios no certificados.

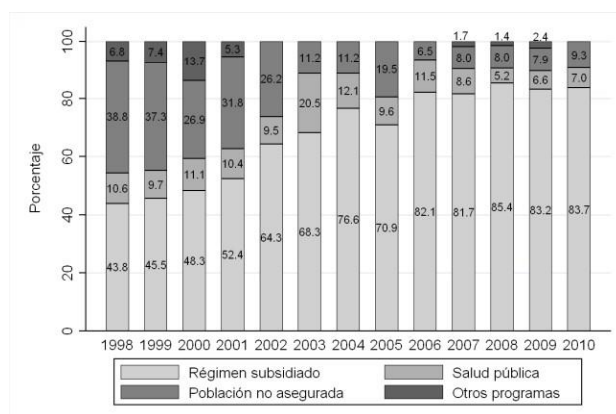


Nota. Tomado de Los subsidios de oferta y el régimen subsidiado de salud en Colombia. (p. 20) por k. Guzmán, 2014. Banco de la República Centro de Estudios Económicos Regionales.

La percepción anteriormente mencionada es importante, ya que previo al año 2002 cuando los municipios podían elegir como invertir sus recursos, los municipios certificados eran quienes invertían más en salud pública, no obstante, la proporción disminuyó, tal parece que es favor del régimen subsidiado.

Figura 7

Promedio de la inversión en salud por tipo de gasto en el total de los municipios



Nota. Tomado de Los subsidios de oferta y el régimen subsidiado de salud en Colombia. Por Guzmán, 2014. Banco de la República Centro de Estudios Económicos Regionales.

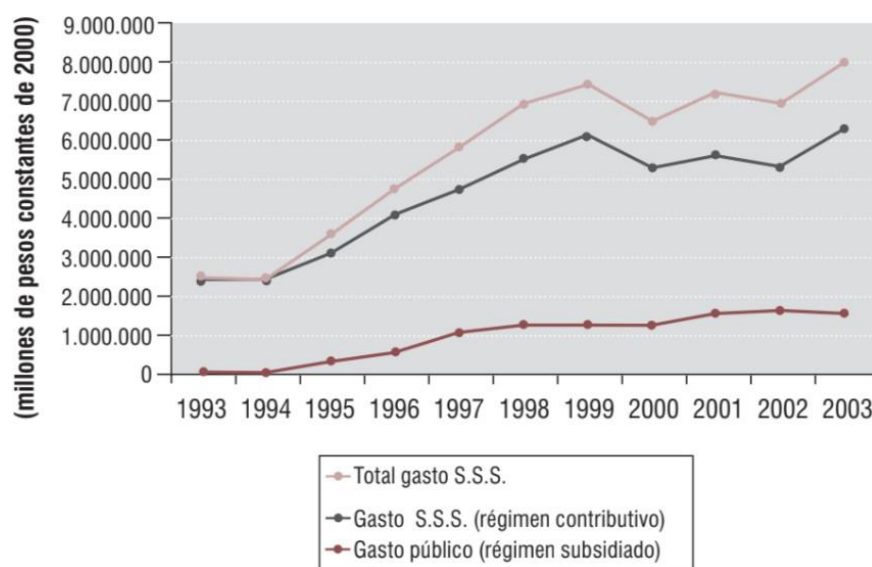
Con relación al aumento de los recursos de financiamiento del sector salud, afirma Barón (2014, p. 45) existe un importante aumento de gasto corriente como proporción del PIB, se pasa de 6,2 % en 1993 al 7,8 % hasta 2003, alcanzando un tope importante del 7,8 % en el gasto total como proporción del PIB hacia mediados de la década del 90, pero que básicamente se mantuvo hasta el año de 1997. Otro aspecto relevante que da cuenta de lo anterior es que el gasto público total, lo que se denomina gasto público directo y del régimen subsidiado, tuvo un incremento a lo largo del periodo del 1,4 % al 3,1 %, alcanzando la proporción más alta de 3,4 % en 1997. En el tercer resultado, es el gasto en seguridad social, principalmente del régimen contributivo, que

aumentó de 1,6 % al 3,5 %, también en este periodo.

A continuación, se observa como el gasto directo en términos reales es constante, a pesar de haber sufrido una caída en el año 2001, por el contrario, el gasto privado total, que se mantuvo relativamente alto hasta el año 1997, disminuye en el año 2000 y luego trata de mantenerse entre el año 2000 y 2003. El gasto que presenta mayor dinamismo es el gasto en seguridad social en salud (SSS) que es producto del mayor dinamismo que muestra el gasto público del régimen subsidiado.

Figura 8

Gasto total Seguridad Social en Salud



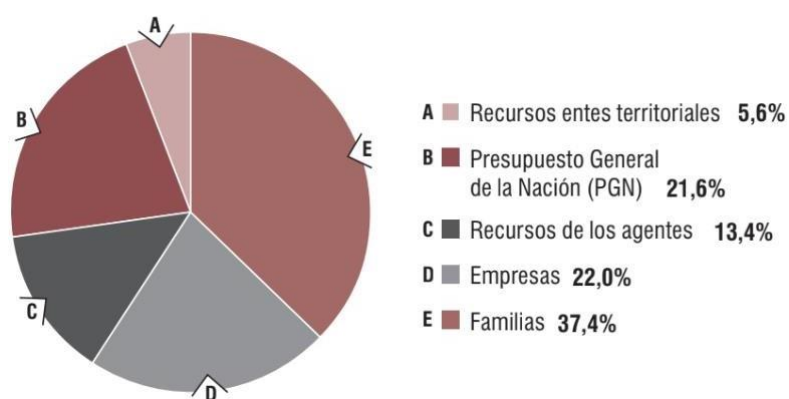
Nota. Tomado de Memorias Segundo congreso internacional de investigación en Sistemas de Salud “Ciudadanía y financiamiento de los Sistemas de Salud” (p. 43) por G. Barón, 2014. Pontificia Universidad Javeriana.

Según Barón (2014) el gasto del sistema de seguridad social del régimen contributivo crece de una manera un tanto notoria hasta el año 1999 y da muestras de disminución para los años de crisis. Por otra parte, el gasto del régimen subsidiado es muy bajo ya que estos son los años del proceso de reformas y consolidación de estas, y muestra un comportamiento determinado hasta el año 1998, luego se estabiliza e incrementa.

Las siguientes cifras muestran un crecimiento real del financiamiento del gasto público, especialmente en los subsidios a la demanda y es el indicador que más tuvo un incremento importante en términos reales a lo largo del periodo el cual creció un 12,2 %, promedio anual durante el periodo 1996-2003.

Figura 9.

Financiamiento en salud Colombia (2008)



Nota. Tomado de Memorias Segundo congreso internacional de investigación en Sistemas de Salud “Ciudadanía y financiamiento de los Sistemas de Salud” (p. 48) por G. Barón, 2014. Pontificia Universidad Javeriana.

Indica Barón (2014) que, en confirmación de lo anterior, es importante señalar el aumento en la participación relativa de los fondos públicos, básicamente el Presupuesto General de la Nación y los entes territoriales, con respecto a los empleadores privados y a las familias que en términos generales soportaban el mayor peso fiscal previo a la prerreforma. Por lo anterior, cuando se suma el gasto del financiamiento del régimen subsidiado, que se ha revisado, tienen una gran proporción de recursos fiscales, dan cuenta de que, en la composición del financiamiento total, el financiamiento público representa alrededor del 78 % del total promedio, durante el periodo 1998-2002.

Ahora se muestran las participaciones en términos de las fuentes de financiamiento con respecto al total, las participaciones promedio y las tasas de variación promedio anual en términos reales y que naturalmente con la mayor dinámica y expansión del gasto en el régimen contributivo tiene que ver con la expansión y la presencia del POS y muestra ser un factor de problemas de sostenibilidad en el sistema de salud colombiano.

Tabla 1.

Gasto total de atención en salud como proporción del PIB (%)

Componente del gasto	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total gasto régimen contributivo	2,9	2,4	2,5	2,7	2,6	2,7	3,1	2,9	2,7
Gasto del régimen subsidiado	0,7	0,7	0,8	0,9	1,0	1,2	1,2	1,2	1,1
Gasto atención población pobre no afiliada (PPNA)	1,1	0,6	0,7	0,6	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4
Total gasto financiado con fondos públicos	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Gasto en seguros privados	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5
Gasto directo (o de bolsillo)	0,5	1,0	1,3	1,5	1,9	1,7	1,4	1,1	1,0
Total gasto financiado con recursos privados	1,0	1,5	1,8	2,0	2,4	2,2	1,9	1,7	1,5
Gasto total en salud	5,9	5,5	6,0	6,4	6,8	6,8	7,1	6,6	6,1

Nota. Tomado de Memorias Segundo congreso internacional de investigación en Sistemas de Salud “Ciudadanía y financiamiento de los Sistemas de Salud” (p. 57) por G. Barón, 2014. Pontificia Universidad Javeriana.

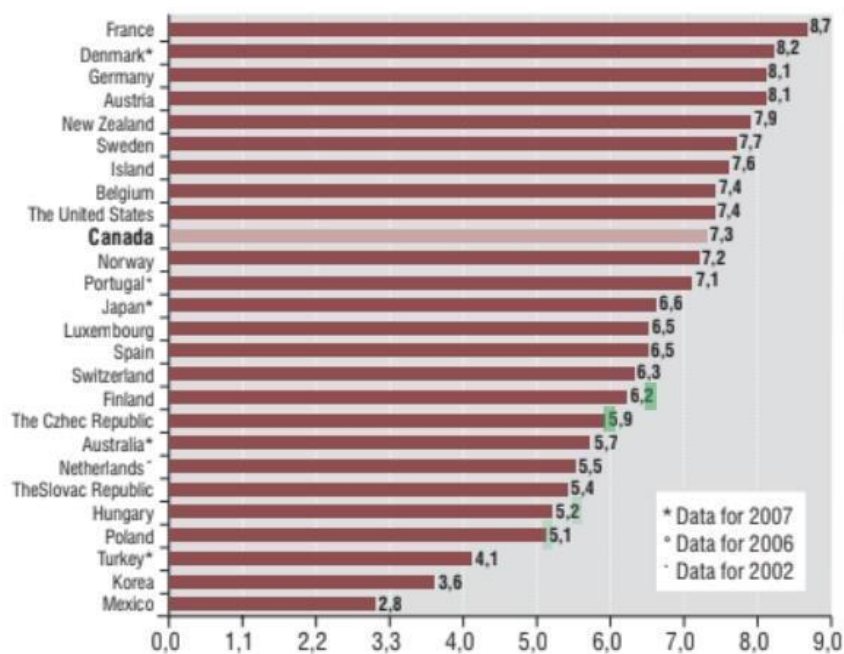
¿Surge la pregunta sobre el porcentaje de gasto público o del PIB mínimo en países donde se tiene cobertura universal?

Analizando la eficiencia de países tomando el porcentaje del PIB de gasto público de salud, se observa países como Holanda con 5,5 %, Australia con 5,7 %, la República Checa que no tiene, y Finlandia con 6,2 % (Guzmán, 2012, p. 25). Otra de las conclusiones planteadas en el en el Foro Mundial de la Salud y bajo informes de la Organización Panamericana de la salud (OPS) (2012-2017), dictan que la experiencia, tomando diversos países que han conseguido la cobertura universal, ninguno de estos lo ha logrado con un gasto publico menor o cercano al 6% del PIB.

Como señala Suarez (2014), los países con aportes aproximadamente del 8% del PIB y se dan a través de recursos públicos de los gobiernos centrales y que por otra parte los que están ubicados por debajo del 6% lo hacen por medio de regímenes de seguridad social, aquí podemos dar cuenta que independientemente del modelo que se use, sea de aseguramiento o por medio de un servicio nacional de salud, se requiere como mínimo el 6% y el 8% como porcentaje del PIB para los países que tienen cobertura universal de salud.

Figura 10.

Gasto público en salud como porcentaje del PIB en países seleccionados, 2008.

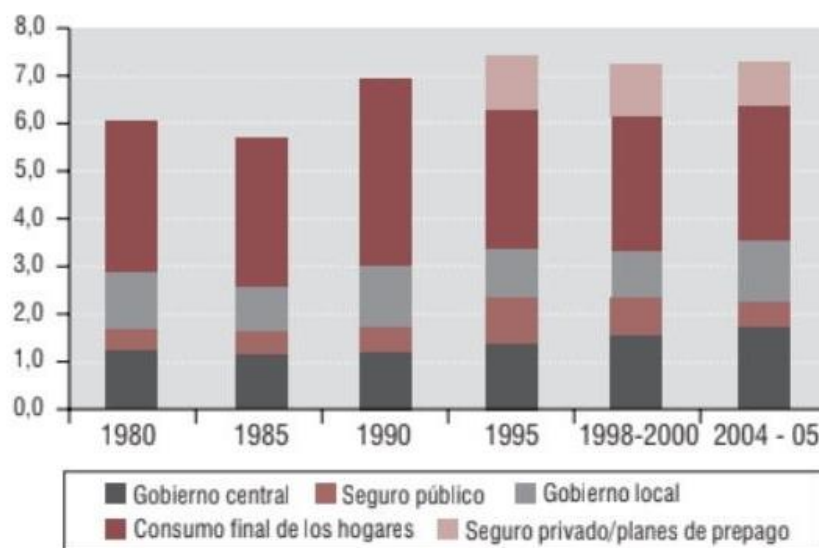


Nota. Tomado de Memorias Segundo congreso internacional de investigación en Sistemas de Salud “Ciudadanía y financiamiento de los Sistemas de Salud” (p. 25) por R. Suarez, 2014. Pontificia Universidad Javeriana.

Producto del Informe Mundial de Salud (2011), se observa la evolución del gasto público en Canadá y en línea gris la evolución del gasto en América Latina hasta el año 2010, que para el año 1980 era del 2,8% y que presenta un leve incremento. A la consulta si un país puede tener cobertura universal, la respuesta es sí, sin embargo, debe tener ciertos compromisos tanto fiscales como macroeconómicos (Barón, 2014).

Figura 11.

Cambios en la composición del gasto nacional en atención en salud a través del tiempo. América Latina y el Caribe (1980-2005).



Nota. Tomado de Memorias Segundo congreso internacional de investigación en Sistemas de Salud “Ciudadanía y financiamiento de los Sistemas de Salud” (p. 27) por R. Suarez, 2014. Pontificia Universidad Javeriana.

Se evidencian los inconvenientes como resultados de desequilibrios a los que esta

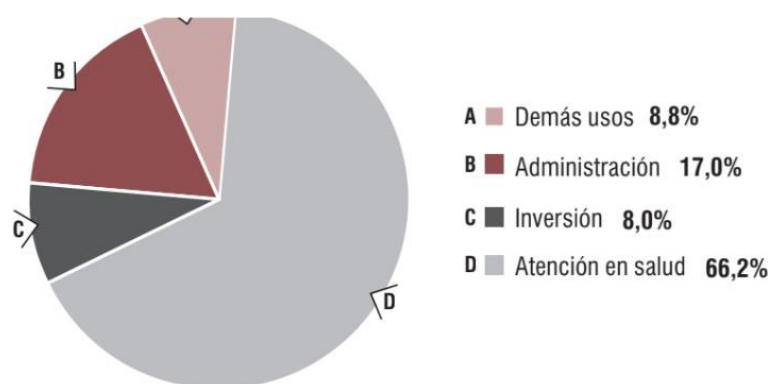
subyugado la sostenibilidad financiera del sistema, es clara la persistencia de inequidades en el sistema de salud, las deficiencias en la calidad de la atención y la escasa o en casos nula modernización de los hospitales públicos.

Sin embargo, indica Bonet et al. (2017, p. 323) que distinto a lo ocurrido con los anteriores sistemas de transferencias, el SGP presenta una desmejora en cuanto a los recursos transferidos. Afirma, por ejemplo, que durante 1986 y 1993 (previo a Ley 60/93) los giros, como proporción del PIB, aumentaron de 2% a 3% entre 1994 y 2001, en tanto entre 2002 y 2012 (régimen del SGP) pasaron de 4,8% a 3,8%. Igualmente, las transferencias para la salud vieron afectación, pues presentaron una reducción en 0,25 puntos porcentuales (pp) en el SGP, cuando con la Ley 60 aumentaron 1 (pp).

Por su parte Barón (2014) afirma que los resultados fueron bastante citados y dan cuenta de lo que sucede en el país; los recursos que se distribuyen para la atención de la salud, más allá de los giros del FOSYGA, no se están dirigiendo a donde deberían llegar, conforme con las estimaciones del trabajo de cuentas y se estima que del total de los giros no llega sino el 66, 67 %. El restante es resultado de gastos de administración, junto con los mencionados costos de transacción o de intermediación, de tal forma que del total de los recursos destinados a la atención en salud como se ha mostrado en este trabajo presenta una proporción preocupante.

Figura 12.

Uso de recursos de salud en Colombia (1996-2003)



Nota: El grafico presenta el uso de los recursos en Colombia entre el año 1996 - 2003. Tomado de Memorias Segundo congreso internacional de investigación en Sistemas de Salud “Ciudadanía y financiamiento de los Sistemas de Salud” (p. 52) por G. Baron, 2014. Pontificia Universidad Javeriana.

Un dato relevante que muestra Suarez (2014), es que son pocos los países que combinan el gasto público con inversiones sociales provenientes del sistema público ya que la gran cantidad de países o se dirigen hacia un sistema nacional de aseguramiento o hacia el financiamiento fiscal. En América Latina tenemos una mezcla de Sistemas de Salud que dificulta tomar una decisión sobre cuál es la mejor manera de financiar los servicios.

Es importante añadir que además del incremento de los recursos públicos para este rubro, se validen los niveles de equidad a través de la eliminación del pago directo de los usuarios a salud y mejorar también la eficiencia por medio de intervenciones sobre los ajustes institucionales en relación con las funciones del aseguramiento y la provisión misma del servicio de salud en el

territorio colombiano.

Capítulo III

La Salud como Derecho

En tanto a la salud como derecho se han evidenciado un conjunto de efectos negativos que han venido estimulando las luchas sociales por el derecho a la salud en el territorio colombiano se destacan primero el rezago de lo público en términos de seguridad social y salud con la pérdida en el desarrollo de políticas y programas de salud pública, promoción y prevención y de los procesos de inspección, vigilancia y control sanitario.

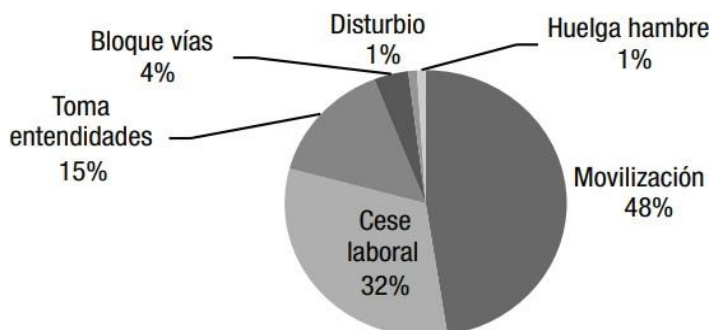
En segundo lugar, afirma Torres-Tovar (2015) se presenta un debilitamiento y liquidación de la institucionalidad hospitalaria y seguridad social pública. En tercer lugar, se presenta un deterioro tanto en la salud de la población como en la condición de los trabajadores de esta área. Por último, se presentan limitaciones para el acceso al servicio de salud, esto lo explica la cantidad y el incremento en el uso de las acciones judiciales como el amparo o la tutela con el fin de garantizar el derecho fundamental de la salud.

Como se observa, la Ley 100 en Colombia dio paso a una división y un conjunto de relaciones conflictivas y ha dado lugar al desarrollo de una serie de acciones colectivas en el ejercicio de la defensa de la salud, todo esto entre los actores a favor de la Ley 100 inclinados más a ver la salud como un negocio y los que están en contra de la Ley 100 que ven la salud como un bien público, un derecho fundamental, un derecho humano.

Ahora bien, también indica Torres-Tovar (2015) en Colombia este repertorio de acciones sociales colectivas por el derecho a la salud (ASCDS) han sido de tipo contencioso o de hecho y de tipo no contencioso o de derecho.

Figura 13

Tipo de Acciones Sociales Colectivas Contenciosas por el Derecho a la salud. Bogotá 1SS4 – 2010.



Nota: Tomado de Resistencias y luchas sociales en Latinoamérica por la garantía del derecho a la salud. El caso colombiano (p.10) por M. Torres-Tovar, 2015. CLACSO.

En cuanto a las de tipo no contencioso destacan los congresos nacionales por la salud, campamentos humanitarios, asambleas distritales de salud, audiencias públicas por la salud, recolección de firmas para proponer referéndums por la salud y acciones de amparo. Los congresos nacionales han sido el vehículo para la deliberación por el derecho a la salud y la construcción de una plataforma política de la salud inicialmente por medio del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social (MNSSS) y luego por la Alianza Nacional por la Salud (ANSA), y posteriormente lo vemos con la Mesa Nacional por el Derecho a la Salud (MNDS), todos con el objeto central de promover en Colombia un nuevo sistema de salud que garantice la prestación del servicio como un derecho.

La tutela es considerada un recurso jurídico importante que es utilizado en buena medida por la ciudadanía, y que ha sido usada más que de forma colectiva como individual. Según los

estudios realizados por la Defensoría del Pueblo entre los años 1999 y 2012. Es importante resaltar que esta medida cobra transcendencia cuando la persona se entera de que otra tuvo un problema similar y esta le ha servido decide apelar al recurso y todo este conjunto de acontecimientos han aportado para la construcción de jurisprudencia en salud por parte del sistema judicial.

También se destaca que las EPS no son claramente adversarias de las ASCDS contenciosas, pero sí en las ASCDS no contenciosas. Y esto da cuenta de que esta intermediación y el poder del privado en las decisiones políticas es una de las explicaciones de la violación sistemática del derecho a la salud y por eso se demandan desaparezcan.

Además, la baja participación en las ASCDS contenciosas de los directamente afectados por la Ley 100 como los usuarios o enfermos, resulta importante ya que desde la opinión pública se ha dinamizado la explicación de la salud como una expresión individual por la misma mercantilización del sistema en donde es evidente, no hay equidad y esto mismo genera que no exista una mentalidad real de la población de ver a la salud como un derecho colectivo.

Capítulo IV

La Inequidad del Sistema de Salud en Colombia

Con las políticas de corte neoliberal que, con su apertura económica y privatización de las instituciones públicas, ha dado lugar a un incremento de la participación del sector privado en la prestación de servicios de salud financiados por el sector público, con esto naturalmente un detrimento de las políticas y programas de salud pública. Existe flexibilización de las formas de contratación pública dando lugar a la precarización de los trabajadores de la salud. Lo anterior lo explica, el cómo se han venido argumentado las acciones judiciales denotando una violación de

los derechos de la salud y como resultado de estas políticas de orden neoliberal.

La reducción de la división del sistema de salud permite una mejora en la eficiencia asignativa y en la equidad del funcionamiento del sistema de salud, esto debido a que la multiplicidad de organizaciones de aseguramiento sin una regulación clara y sin una compensación de riesgos del sistema y recursos conlleva a varios problemas. Según Cit, et al. (2016), en primer el contar con un mayor número de organizaciones, lleva a atentar contra la necesidad de tener un umbral crítico de pool de recursos y de los riesgos asociados al sostenimiento del sistema de salud.

Y en segundo lugar, cuando este grupo diverso de organizaciones aseguradoras cuentan con variedad en la fuente de sus recursos, normas de cobertura, condiciones para el acceso y de las necesidades de servicios de salud, impiden garantizar la equidad del financiamiento necesaria para una óptima prestación del servicio de salud en la población. Los sistemas de salud entre más segmentados producen costos de transacción y de administración que atentan contra la eficiencia. Tanto así que la mayoría de los países de las Américas tienen unos altos niveles de segmentación en su sistema de salud y naturalmente un alto índice de inequidad en el funcionamiento sistema.

Ahora bien, el impulso de políticas y sistemas de salud desde gobiernos progresistas que han defendido la salud como un derecho y bien público ha dado lugar a generar intervenciones sociales para estructurar sistemas de salud públicos, universales y gratuitos y de esta manera mejorar la calidad de vida de las personas. Sin embargo, no es un escenario condescendiente o sencillo, ya que existen problemas con la continuidad en la prestación del servicio y un acceso limitado a las especialidades y una transversalidad privada financiada con dinero público.

En América Latina se han dado diversos procesos de resistencia, movilización y

organización social que tienen por objetivo la denuncia y demandas alrededor de derechos culturales, económicos, sociales y políticos. Se presentan demandas homogéneas en la región en asuntos de tierra, territorio y soberanía alimentaria; defensa de bienes públicos como el agua, la educación y la salud; y rechazo a los grandes proyectos extractivos y agroindustriales.

Además, de manera específica estas movilizaciones por el derecho a la salud tienen en común el rechazo al modelo de la salud como un negocio a una marcada mercantilización de lo público, a un alto índice de privatización; exigen el acceso a los servicios de salud en atención primaria, un adecuado acceso a los medicamentos y de calidad, al sostenimiento de los sistemas públicos de salud universal, el mejoramiento de las condiciones laborales del personal de salud y al rechazo del extractivismo, teniendo presente sus impactos ya sabidos sobre la salud y el medio ambiente, entre diferentes demandas.

Torres-Tovar (2015) comenta la amplia lucha y movilización por el derecho de la salud y la cual se agrupa en tres principios fundamentales, el primero las luchas contra las reformas neoliberales que ven la salud como un bien público, vemos los casos de Paraguay, Perú, Colombia, México, Chile, entre otros países de la región, el caso de el Salvador en el año 2002 en contra de la privatización del sistema de salud. Dos, el impulso de reformas progresistas que buscan la defensa de los sistemas públicos de seguridad social en salud y en contra de medidas privatizantes, como se observa por ejemplo el caso de Brasil y Costa Rica y el respaldo de la constitución en el sistema de salud pública como son los casos de Bolivia, Ecuador, Venezuela. Y tres, las mencionadas luchas de resistencia desde comunidades que buscan generar sus propias formas de cuidado y protección de la salud como el caso de Chiapas-México, Chimaltenango – Guatemala, provincias del nordeste de Argentina y en Cochabamba – Bolivia.

Regresando a Colombia, otro dato interesante y que justifica lo que gano en lo ideológico

la Ley 100, es esa visión de la población en donde se ve la salud como un bien de carácter privado, y que, si o si hay que tener dinero para tener el acceso a la salud, es lamentable el hecho de que se despoje de esta manera su condición de derecho humano. Y con esto se da un marco de movilización social por el derecho a la salud que generó la dinámica de las (ASCDS) en tres periodos:

Figura 14.

Periodización de la movilización social por el derecho a la salud. Colombia, 1993 – 2015.



Nota. Tomado de Resistencias y luchas sociales en Latinoamérica por la garantía del derecho a la salud. El caso colombiano (p. 111) por M. Torres- Tovar, 2015. CLACSO.

Posteriormente se da en el debate público, la politización de la lucha por la salud que inicio con el primer Congreso Nacional por la Salud y la Seguridad Social en el año 2000 y esto dio paso para que las ASCDS pudieran generar un debate político, con el objetivo de relacionar los diversos actores sociales en la transformación de la realidad de la salud.

De igual manera, como afirma Torres-Tovar (2015) lo anterior dio lugar al desarrollo de eventos de deliberación que construyen un movimiento social por la salud y que de igual manera aceleran un proceso de movilización que buscaba sustituir el modelo de la Ley 100 por un modelo que garantice la salud como garante del derecho. Y el momento más contemporáneo desde el año

2010 en donde en el gobierno de ese entonces muestra cómo se benefician a las EPS y se sigue perjudicando a la población, y esto genera la configuración de una identidad colectiva y maduración de propuestas políticas y unifica las propuestas de lucha, genera una identidad colectiva alrededor de la salud como bien público, que sin embargo cuenta con retrocesos y estancamientos, pero es un momento diferente de las ASCDS.

En relación con los indicadores de concentración, según Ruiz (2014) en la encuesta nacional de salud pública existe una percepción negativa de salud que afecta en particular a la población más pobre, esta percepción afecta en el año 2010 al 40% de la población del quintil de mayor pobreza y apenas el 11 % de la población más rica. Hay una mayor participación de la población más rica a los servicios ambulatorios para el año 2010. En estos años para el área odontológica también se encuentran diferencias y también da lugar una revisión de las limitaciones del POS, hay un bajo índice de población pobre que puede asistir a los servicios odontológicos.

Indica Bonet, et al. (2017) que existen evidencias claras de inequidad en el uso de servicios médicos por nivel socioeconómico, regiones o por zonas de residencia; la población que se presenta a los servicios de salud incrementa considerablemente con el nivel de riqueza, entre los años 2000 y 2005 la población más rica usa 50% más los servicios de salud que los más pobres. Además, que el 48,6% de la población no acudió al servicio de salud por falta de dinero en el año 2005 y que el 14,4% indicó no haber asistido al servicio médico por falta de recursos, indicador que aumenta a 50,4% entre los no afiliados.

Metodología

Para el desarrollo de esta monografía se hizo mediante una investigación descriptiva. Se tiene en cuenta a los habitantes de Colombia los cuales hacen parte del sistema de salud pública

en sus diferentes tipos de afiliación y del cual deben hacer parte como derecho fundamental.

El estudio abordó el análisis de leyes relacionadas al sector salud, principalmente la Ley 100 de 1993, libros, reseñas, artículos, congresos, documentos digitales en plataformas institucionales.

El análisis de los datos se realiza a partir de la elaboración de matrices para determinar los principales hallazgos, con el apoyo de tablas, gráficos, estadísticas, que relacionan y permiten complementar los conceptos del estudio; para la contextualización en el fenómeno de la cobertura en el sistema de salud en Colombia, su financiamiento, equidad, el derecho a la salud, el efecto de las políticas y el escenario en donde dio lugar entre los años 1993 y 2015 permitiendo la identificación sus limitaciones y alcances, que a su vez permite dar lugar a un análisis cualitativo.

Resultados

Cuando estuvo en vigencia la Ley 60 del año 1993 el hecho de que las entidades municipales se encargaron de la construcción y dotación de los hospitales públicos daba lugar a usar este poder con fines clientelistas, ya que los alcaldes contaban con la facilidad de nombrar a directores de estas entidades públicas e inclusive ellos mismos encabezaban las juntas directivas. Hubo una fuerte presión política por cambiar esta situación y no permitió cambiar por completo los subsidios de oferta por los de demanda lo cual genera el alargamiento del proceso de universalización de cobertura y lleva a un desperdicio de los recursos de la salud.

Todo esto llevó a una plantilla del personal sanitario inadecuado y a trabajadores desmotivados, medicamentos más elevados y de mala calidad, prestación del servicio inadecuado, estancias inadecuadas, tamaño de hospitales inadecuados (mal uso de infraestructura) errores médicos, calidad asistencial insuficiente. Por lo tanto, se logra la eficiencia en la asignación de los

recursos de salud cuando hay una relación de mejora con los indicadores de morbilidad y mortalidad y la protección financiera de los hogares que dé lugar al acceso equitativo del servicio de salud.

Los esfuerzos están destinados a satisfacer las necesidades de la población en términos tanto sanitarios como de bienestar en la salud que obligatoriamente requiere al Estado y a la sociedad. También, el nivel de eficiencia productiva o técnica y de eficiencia técnico/económica depende la gestión en los servicios, es decir a través de la mejor capacidad de resolución con mejoras en la coordinación y articulación de los niveles de asistencia. Sin embargo, no debe solo verse como desafíos técnicos dejando de lado las condiciones políticas y sociales; para concebir al sistema universal se le debe revisar como un proceso tanto de características institucionales, como políticas.

Si bien estas innovaciones parecen dar lugar a mejorar la eficiencia en la Salud, se requieren de mayores recursos fiscales asociados a la incorporación y fortalecimiento de los servicios necesarios. También, un cambio en la atención primaria en salud con atribuciones a la equidad a través de mejoras en el acceso integral de un amplio número de servicios, pero en función de las necesidades de la población.

Lo anterior implica modificaciones en las prácticas de la salud realizadas por los profesionales de la salud, nuevos mecanismos de regulación en las practicas asistenciales y un modelo de coordinación entre las organizaciones y diferentes niveles de atención, así como modelos de financiamiento adecuados y sostenibles. Estos cambios son trascendentes y llevarían a cabo disputas por la influencia en las prácticas de la prestación misma del servicio y conflictos en la implementación de mecanismos de regulación.

Las distintas políticas estas relacionadas con la capacidad del Estado para definir aspectos en el modelo de organización en la gestión y la atención del sistema de salud. Esto es muy importante desde el ámbito político ya que depende de las relaciones de poder del Estado con los actores en el sistema de salud, en donde se presentan inconvenientes por los problemas políticos producto de la introducción mecanismo de pago que incorporan y en donde preponderen normas de atención y mecanismos de monitoreo del desempeño de los servicios.

Estas innovaciones institucionales que generan eficiencia en la dinámica de la salud por medio de la reducción en la segmentación del aseguramiento requieren cambios en la normativa y mecanismos de redistribución, normativa en cobertura y cambio en los servicios cubiertos. Así como la integración o coordinación entre el aseguramiento público y las organizaciones de la seguridad del sistema social, esto aportaría a la reducción de dicha segmentación.

Como afirma Ruiz (2014, p. 87) según la encuesta realizada en el año 2010 hay una cobertura del 93%, con una concentración del contributivo del 82% de la población del quintil más rico y por otra parte del 87% para la población más pobre, si se tiene un sistema universal casi equiparado, hay que revisar que mecanismos se pueden usar para tener una eficiencia en la operatividad con un sistema de aseguramiento único. En la participación de los servicios, en la hospitalización hay un gasto concentrado que tiende a favorecer a la población más rica; es claro que, en este panorama de régimen contributivo y subsidiado, donde sin lugar a duda la cobertura contributiva favorece e incrementa el acceso a las prestaciones del servicio de salud a la población más rica.

Una explicación desde las entidades territoriales del por qué incremento la cobertura tiene que ver con que al recibir los recursos suficientes para atender a la población que no estaba asegurada, estos han podido destinar recursos de otras fuentes de financiación, como los propios,

para ampliar la cobertura en el sistema de salud.

Entre las diferencias de los municipios certificados y no certificados entre los años 1998 y 2010, se encuentra que a pesar de que los primeros recibieron la mayor cantidad de transferencias, presentaron una cobertura del régimen subsidiado más baja que los municipios no certificados. Aun así, las brechas han disminuido desde el año 2002 y ha sido como resultado de la Ley 715 del 2001 la cual hizo que de forma gradual se disminuyeran los recursos destinados para la prestación del servicio de la PPNA que recibían los municipios certificados por parte del gobierno central.

Afirma Guzmán (2012, p. 35) para dar cuenta de los efectos de la certificación se usó la metodología de diferencias en diferencias usando variables sociales y presupuestales como controles, estos resultados indican que aquellos municipios certificados incrementaron su cobertura en un 11.6 puntos porcentuales (p.p.) en 2002 y que para los años 2002 y 2003 presentaron un incremento de 13.5 (p.p) y en un 28.2 (p.p) entre 2003 y 2004, más que aquellos municipios que no estaban certificados.

Parece que en este contexto no se afecta de forma directa al régimen subsidiado, sin embargo de forma indirecta si, por medio de los cambios implementado de las autoridades municipales. Que como hemos comentado se guarda una estrecha relación con el director del hospital público de su municipio y se tarda la transición de subsidios de oferta en subsidios a la demanda. También, al implementarse la Ley 715 lo que hacen los municipios certificados es asegurar la mayor cantidad de personas pobres para no tener que cubrir con sus recursos las necesidades de atención de esta población.

Ahora bien, en la actualidad los subsidios a la ofertan tienen a disminuir o incluso desaparecer, toda la revisión nos deja análisis valioso para los que configuran las políticas del

sistema de salud en el país. Uno de ellos es reducir el clientelismo y facilitar a los usuarios del sistema el acceso a los subsidios, con sus necesarios mecanismos de control. También, el hecho de que el gobierno central entregue recursos y delegue funciones para esto, da lugar a la relación con los departamentos y municipios, es relevante intentar intuir los incentivos que van a dar lugar las dinámicas mismas y que en este sentido, profundiza las ineficiencias del sistema.

Conclusiones

Se ha intentado presentar de manera lo más concisa y puntual posible, resultados profundos, por ello resulta central enfatizar que durante muchos años se ha venido haciendo la evaluación del sistema de salud en Colombia desde su cobertura y que desde la promulgación de la Ley 100 de 1993 se planteó la meta de tener cobertura universal en salud para el año 2001. Los análisis de las investigaciones han estado muy dirigidos a esto, sin embargo se tiene la duda de si objetivamente la cobertura que se prepondera realmente llega a tener efectos en los cambios y en los resultados del sistema de salud, sobre la facilidad del acceso a la población y sobre la protección financiera y los riesgos de sostenibilidad del sistema.

Es importante hacer una evaluación del sistema de salud no solo en sus variables de presupuesto e inversión en salud sino en el escenario del derecho a la salud, ya que solo se han llevado los esfuerzos en los aspectos mencionados. Existe la posibilidad de ver el sistema de salud con base en las inequidades que el mismo sistema genera.

Colombia se ha venido enfrentando durante el último periodo de tiempo al problema del crecimiento de la cobertura del sistema de salud; es necesario hacer una revisión sobre los problemas que se han venido acumulando y analizar nuevas maneras de evaluar el sistema de

salud y no solo en la cobertura, sino también estudios sobre la equidad sobre subgrupos poblacionales, que desde la misma academia se debe empezar a analizar en profundidad.

Se resalta que a pesar de algunos cambios en el funcionamiento del sistema que ha implicado el nuevo marco normativo de la salud, los municipios, distritos y departamentos asumen diversas competencias y presentan vacíos legales en la normatividad que disminuyen la eficiencia de los recursos del sistema y lleva a aumentar las inequidades.

Se carece de la presencia en ámbitos locales, existe una duplicidad y falta de claridad en las competencias de vigilancia, inspección y control, la financiación presenta profundas dificultades en la asignación de los recursos, como la fragilidad en los sistemas de información; y los problemas jurídicos (como las prestaciones que no incluye el POS), junto con la limitación de las acciones públicas por temas de capacidad y coordinación entre los diversos actores.

Las movilizaciones sociales, las luchas y resistencias son extensas y han logrado de cierta manera disminuir el ejercicio neoliberal de la privatización en salud como en la Ley Estatutaria 1751 del 2015. La movilización social ha sido muy importante para reorientar los contextos sociales y políticos. Ahora bien, para que el movimiento logre configurarse como un sujeto político capaz de generar transformaciones sociales y políticas que garanticen el derecho de la salud, se requiere disminuir las desigualdades y aumentar las oportunidades tanto políticas como organizativas y llevarlas a términos de justicia, identidad colectiva y de sentido de eficacia.

Recomendaciones

Se debe ver la eficiencia más allá de la condición de las instituciones mismas, se deben revisar las innovaciones importantes que deben ser producidas y reproducidas en el camino por un sistema universal de salud de calidad. Se requiere ver más allá del diseño técnico cuales son

los cambios en las instituciones que van a permitir avances realmente significativos teniendo presente sus características inherentes de política en el sentido de lo que pueden producir en estas las acciones colectivas.

Es importante el cuestionamiento y rediseño de los sistemas de pago para invertir en el desarrollo del sistema de salud, incentivando a los actores e instituciones del sistema integrarse tanto las personas como las comunidades, esto es un principio de la eficiencia que merece ser revisado en profundidad. Por otra parte, revisar sistemas donde se aúnen los recursos, por medio de sistemas de solidaridad que se desplieguen en torno a la eficiencia y la equidad.

Los problemas en economía política producto de las innovaciones que se recomiendan se relacionan con la disputa en la búsqueda de una capacidad y sostenibilidad redistributiva del sistema de salud, por medio de un pool de recursos suficientes y eficientes.

Se recomienda el desarrollo de políticas de salud que logren integrarse con las demás políticas sociales todo a través de la administración pública mediante modelos de gobernanza intersectorial que potencie la relación entre la eficiencia, la asignación de los recursos y la equidad; lograr un abordaje interseccional por un lado dinamizando y movilizand a diferentes sectores institucionales.

El abordaje de las problemáticas sociales en conjunto da lugar a tratar conflictos de inequidad inherentes al sistema de salud, necesitando un dialogo que fortalezca la salud, el bienestar de la población y el progreso del estado de la salud en Colombia. Todo esto a su vez genera impactos positivos en el crecimiento económico de la nación y da lugar a mejorar los aspectos sociales y del medioambiente por medio de mecanismos de asignación adecuados.

Se recomienda brindar estímulos a la articulación por la búsqueda del derecho a la salud,

llevando a que haga parte de la agenda más amplia de la sociedad en Colombia y que lleve a una mayor convocatoria y movilización. Se debe revelar con mayor consistencia las desigualdades existentes en la salud, y con esto profundizar la indignación de la población, sumado al papel relevante en la configuración y lucha por el sistema de salud como un derecho.

Se sugiere innovar los inventarios de acción que permitan que las personas se sientan atraídas por las formas en las que hacen las demandas en salud y que comprendan de forma más clara el contenido y las propuestas que se realizan de manera colectiva y no individual. En la relación que se da con el gobierno, generar medidas de presión que permitan concretar la salud a través de políticas públicas con presupuestos públicos pertinentes y que conlleven a una evaluación objetiva del riesgo.

Bibliografía

- Ahumada, C. (1996), El modelo neoliberal y su impacto en la sociedad colombiana. El Áncora Editores.
- Bonet, J. et al., (2017). La salud en Colombia: una perspectiva regional. Colección de Economía Regional Banco de la Republica.
- Cid, C. et al., (2016). La eficiencia en la agenda de la estrategia de acceso y cobertura universales en salud en las Américas. Scielo. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i5.8182>.
- Corcho, C. (2020) La lucha política por el derecho a la salud en Colombia: análisis de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015. En Torres, H. y Colorado, D. El derecho fundamental a la salud: retos de la Ley Estatutaria. Algunas miradas a la salud en el posconflicto (pp. 94-118). Universidad Nacional de Colombia.
- Guzmán, K. (2012). Los subsidios de oferta y el regimen subsidiado de salud en Colombia. Banco de la república.
- Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. 21 de diciembre de 2001.
- Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. 23 de diciembre de 1993.
- Ley 60 de 1993. Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de

conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. 12 de agosto de 1993.

Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. 16 de febrero de 2015.

Suarez, R. et al. (2014). Memorias Segundo congreso internacional de investigación en Sistemas de Salud “Ciudadanía y financiamiento de los Sistemas de Salud”. Pontificia Universidad Javeriana.

Torres-Tovar, M. (2015). Resistencias y luchas sociales en Latinoamérica por la garantía del derecho a la salud. El caso colombiano. En Tetelboin, C. y Laurell, C., Por el derecho universal (pp. 99-119). CLACSO.

Anexos

Matriz de Consistencia cualitativa (MCc)

Matriz de Consistencia cualitativa (MCc)					
Problema de investigación	Objetivos	Preguntas de investigación	Categorías	Subcategorías	Técnicas de recolección
¿Colombia tiene un buen sistema de salud?	General: analizar el comportamiento de la cobertura en salud de Colombia como una consecuencia de la ley 100 entre los años de 1993 al año 2015.	¿Colombia tiene un buen sistema de salud?	Salud Políticas en Salud	Eficiencia en salud	Observación documental
¿El comportamiento de la cobertura ha sido el más óptimo entre los años 1993 y 2015?	Objetivos específicos: Analizar el comportamiento de la cobertura del sistema de salud de Colombia entre los años 1993 y 2015	¿Qué resultados ha dejado la ampliación de la cobertura en el sistema de salud?	Cobertura Universal en Salud	Equidad	Análisis documental
¿Qué características trae el modelo de financiación de la salud?	Objetivos específicos: Describir en términos de financiamiento la salud en Colombia entre los años 1993 y 2015	¿La financiación del sistema de salud resulta eficiente y sostenible?	Economía de la Salud	Financiamiento	Análisis documental