

Análisis del Sistema de salud colombiano:

El Desarrollo de un Sistema de Seguros Sociales o Modelo Bismarck

Marguerite Peterseim

Dra. Moore

28 de abril, 2022

Resumen

Esta revisión literaria y artículo científico incluye un análisis del sistema de salud pública de Colombia. El artículo provee una descripción de Colombia, incluyendo estadísticas y datos del perfil geográfico, demográfico, socioeconómico, perfil de salud, y más. Analiza el modelo Bismarck que sirve como el modelo actual del sistema de salud colombiano. Presenta el proceso de descentralización de la gestión y las reformas del sistema de salud. Una descripción económica del sistema de salud incluye las fuentes de financiamiento y unos indicadores de ejecución financiera. El desempeño del sistema de salud fue analizado con base a indicadores de cobertura, la eficiencia del sistema, la eficacia del sistema, y la equidad del sistema. Provee un resumen de los aspectos más importantes de la recomendaciones y sugerencias para la continua mejoría del sistema. En última instancia, con bolsas de poblaciones marginadas, el sistema de Colombia sirve a la gran mayoría de la población, ya que cubre aproximadamente el 95% de los ciudadanos que contribuyen al sistema.

Introducción

Este artículo científico incluye un estudio del sistema de salud colombiano a través del análisis de documentos identificados a través de una revisión de la literatura. Los temas principales se centran en el modelo del sistema de salud, el proceso potencial de descentralización de la gestión, la reforma del sistema de salud, la dimensión económica del sistema de salud, la evaluación del desempeño del sistema de salud, un análisis final, y conclusiones y recomendaciones para mejorarlo. Además, los desafíos del sistema y cómo afectan a la sociedad son puntos claves en este trabajo. Se consideran los factores de envejecimiento y empobrecimiento de Colombia y su impacto en el sistema de salud.

Según el Departamento de Estado de los Estados Unidos (2021), Colombia refleja fuertemente su historia como colonia de España. Colombia logró efectivamente su independencia de España en 1819, y el país fue reconocido por los Estados Unidos en 1822, cuando el presidente Monroe recibió a un representante diplomático colombiano en Washington. Los Estados Unidos estableció una misión diplomática en Colombia en 1823. La federación colombiana incluía el territorio de las actuales

repúblicas de Colombia, Ecuador, Venezuela y Panamá. Las relaciones de Estados Unidos con el gobierno de Bogotá no se interrumpieron cuando Ecuador y Venezuela abandonaron la federación en 1830. De 1830 a 1856, el país se conoció como Nueva Granada, y de 1856 a 1863, como Confederación Granadina. El país se convirtió en los Estados Unidos de Colombia en 1863 y cambió su nombre a República de Colombia en 1886. Panamá se separó de Colombia en 1903 (Departamento de Estado de los Estados Unidos, 2021). En la segunda mitad del siglo 20, el gobierno se enfrentó a la corrupción dentro y alrededor de las organizaciones a medida que el país estaba infiltrado con el tráfico de drogas de los cárteles. El país retrocedió en la reforma de la atención médica, ya que había incertidumbre en torno a los fondos del gobierno.

Todos los siguientes datos demográficos que construyen la descripción de Colombia, como la ubicación geográfica, la historia y la población, provienen de la Agencia Central de Inteligencia (CIA) (2021). Colombia es un país transcontinental de América del Sur. Limita al norte con el Mar Caribe, al este con Venezuela, al sur con Ecuador y Perú y al norte con Panamá. La capital es Bogotá y su división política incluye 32 departamentos, un distrito capital, 1.121 municipios y resguardos indígenas (Organización Panamericana de la Salud [PAHO], 2021).

Según la PAHO (2021), la población de Colombia es de alrededor de 50 millones de personas. La mayoría de la población es menor de cincuenta y cuatro años con un 40% entre las edades de veinticinco y cincuenta y cuatro años. En cuanto a razas y etnias diferentes, Colombia tiene un amplio espectro de diversidad. Por ejemplo, el mestizo y el blanco constituyen el 87%, el afrocolombiano (incluye Mulato, Raizal y Palenquero) el 6,8% y el Amerindios 4,3% de la población. (CIA, 2018). Entre 1990 y el 2015, la población creció en 40,7% y su estructura se hizo regresiva y más envejecida. En el 2015 alcanzó 48,747,708 habitantes, 79% de los cuales vivían en zonas urbanas. Durante este tiempo, la esperanza de vida al nacer es de 74,4 años (PAHO, 2021).

Según la CIA (2018), Colombia depende en gran medida de las exportaciones de energía y minería, lo que lo hace vulnerable a las fluctuaciones en los precios de los productos básicos. Colombia

es el cuarto mayor productor de petróleo de América Latina y el cuarto mayor productor de carbón del mundo, el tercer mayor exportador de café y el segundo mayor exportador de flores cortadas. El desarrollo económico de Colombia se ve obstaculizado por la infraestructura inadecuada, la pobreza, el narcotráfico y una situación de seguridad incierta, además de la dependencia de los productos básicos, todo lo cual tiene un impacto directo en el sistema nacional de salud (CIA, 2018). Colombia destaca por estar entre los países con mayor tasa de desempleo del mundo (Expansión, 2022). Además, el producto interior bruto (PIB) de Colombia en 2020 ha caído un 7% respecto al año anterior (Expansión, 2022). Su deuda pública en 2020 fue casi ciento sesenta y siete millones de dólares, con una deuda del 65,66% del PIB (Expansión, 2022).

En cuanto a la historia del sistema de salud colombiano según la revista Taylor & Francis, en los últimos veinte años muchos países latinoamericanos han adoptado un modelo de atención administrada (Prada y Chaves, 2019). Esta transición permite la entrada de empresas multinacionales de capital financiero en el sector privado de los servicios de seguros y salud. A principios de los años 1990s, Colombia aprobó una reforma constitucional acompañada de una profunda reestructuración neoliberal en educación, derechos laborales, comercio y salud (Estrada, 2006). La reforma de salud fue llamada Ley 100 que fue aprobada en 1993 y será explicada más adelante en este documento (Prada y Chaves, 2019). Las reformas de salud introdujeron a las instituciones de seguros de salud en un sistema compuesto por un amplio sector de seguridad social y un decreciente sector exclusivamente privado (Rotarou y Sakellariou, 2017). Durante este período, el país aplicó las recomendaciones del Banco Mundial, adoptando estrategias para promover la competencia gestionada en un modelo de cobertura universal, que permitió a las empresas financieras participar en el sector privado de la atención de la salud y en la industria privada de seguros de salud (Prada y Chaves, 2019). Sin embargo, la cobertura amplia proporcionada por los planes de salud no necesariamente da lugar a un acceso real a una atención sanitaria de calidad (Noronha, 2013).

Bajo la Ley 100, la afiliación al sistema es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS) públicas o privadas (Guerrero et al. 2011). Estas entidades reciben las cotizaciones y, a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el POS-S para los afiliados al régimen subsidiado (RS). El sector privado es utilizado por la clase alta y un sector de la población de ingresos medios que, por carecer de cobertura o en busca de mejores condiciones de acceso que ofrece el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), acude a la consulta privada (Guerrero et al., 2011).

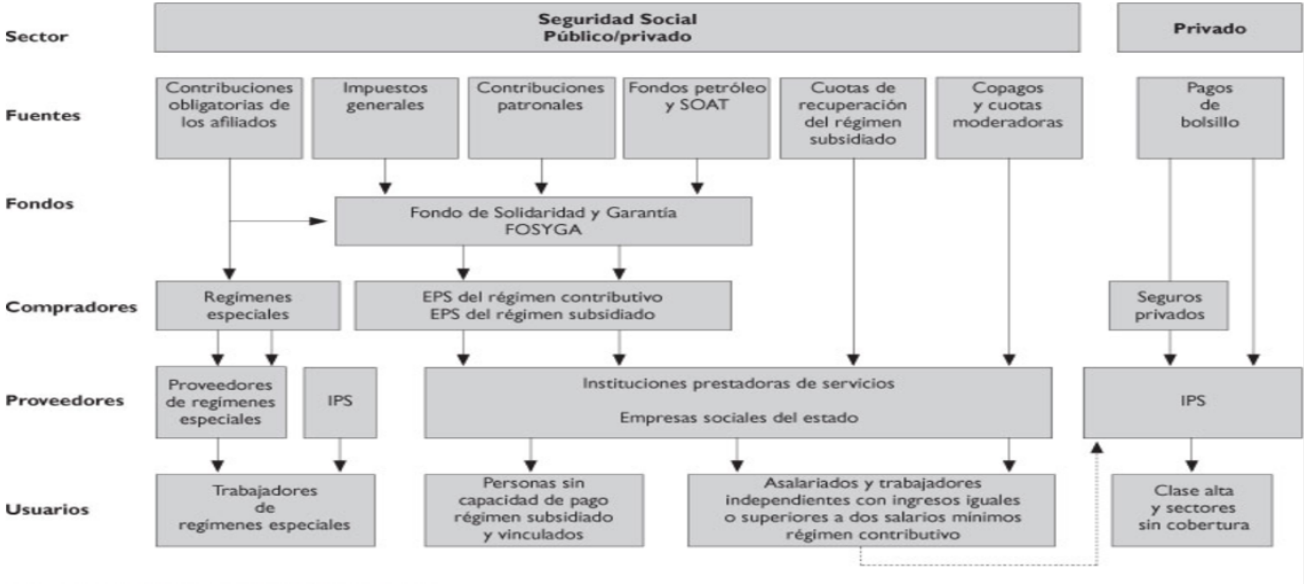
El propósito de este artículo es comprender los detalles del modelo colombiano de servicios de salud y cómo se utiliza para sus ciudadanos. Esta investigación está guiada por las siguientes preguntas: ¿Cuál es el modelo de organización del sistema de salud de Colombia? ¿Cuáles han sido los procesos de reforma y descentralización del sistema de salud? y ¿Cuál ha sido el nivel de desempeño del sistema de salud? En este artículo, se describe cómo se administra el sistema, cómo se modifica para mejorar, factores económicos que influyen en la prestación de atención y qué tan bien el sistema sirve a los ciudadanos colombianos. A partir de un análisis de varios artículos y gráficos encontrados a través de una revisión de la literatura se centra aproximadamente entre los años 2006 al 2022, este trabajo ayuda a informar la situación actual del sistema de salud a todos los involucrados en la gestión de los servicios de salud en Colombia. Los criterios de inclusión son publicaciones que tienen información reciente sobre el sistema público de salud y los criterios de exclusión incluye información que ayuda explicar las reformas y aspectos en general más significativos para el desempeño actual del sistema de salud colombiano. En el documento se incluye una discusión del modelo de sistema de salud, el proceso de descentralización de la gestión, la reforma del sistema de salud, la dimensión económica del sistema de salud, una evaluación del desempeño del sistema y, finalmente, un análisis y algunas recomendaciones para el futuro del país.

Revisión Literaria

El modelo de organización del sistema de salud en Colombia

Según el Instituto Nacional de Salud Pública (2011), el sistema de salud colombiano está compuesto por un sector de seguridad social financiado-tripartita con recursos públicos y un decreciente sector privado. El ministerio central se llama el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), o Modelo Bismarck. El uso del sistema es obligatorio y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que reciben las cotizaciones. EPS que tiene dos opciones diferentes se llama EPS del régimen contributivo (EPS-C) y EPS del régimen subsidiado (EPS-S) después de la Ley 100 que unifica el sistema privado con el público y previene monopolios por permitir un gran número de proveedores privados y públicos administren la atención médica. EPS-S son las entidades responsables de la afiliación y prestación del Plan obligatorio de salud del Régimen Subsidiado a los beneficiarios de éste. A través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), ofrece el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el POS-S para los usuarios al régimen subsidiado (RS). El sector privado es utilizado por la clase alta y la población de ingresos medios que, por la falta de cobertura, están buscando por condiciones mejores ofrecidas por el SGSSS y ellos visitaron a las consultas privadas (Guerrero et al., 2011).

Figura 1: Modelo de organización del sistema de salud colombiano: (Guerrero et al., 2011)



Debido a que la mayoría de la población ya se encuentra en la mitad de su vida útil, los usuarios más antiguos del sistema están causando el envejecimiento de los usuarios del sistema, lo que ejerce presión sobre el sistema (Kline, 2022). Hay menos contribuyentes a la seguridad social que usuarios. La falta de tecnología adecuada también es un factor que contribuye a esta crisis. Además, no todos los colombianos tienen un trabajo estable en el que paguen impuestos, por eso, el gobierno de Colombia ha modificado el sistema para que pueda proveer una opción de seguro para los desempleados (Kline, 2022). Sin embargo, aún existe una porción de la población de ingresos medidos que faltan cobertura. Esta población todavía se ve obligada a acudir a la consulta privada haciendo pagos de bolsillo (Guerrero et al., 2011).

El proceso de descentralización de la gestión de Colombia

Según, Public Choice (2013), Colombia ha implementado la descentralización de su sistema de salud que va desde la desconcentración administrativa hasta la devolución a gran escala del poder y los recursos a los niveles subnacionales de gobierno o municipios. Tales transiciones tuvieron lugar hasta principios de la década de 1990. El gobierno optó por modificar su sistema para, con suerte, hacer que la prestación de servicios sea más eficiente y hacer que el gobierno sea más responsable con los ciudadanos que dependen del gobierno (Faguet & Sánchez, 2013). Esta transferencia de los recursos correspondientes a los gobiernos locales fue efectiva, a pesar de los temores de que estos gobiernos locales sean menos eficientes, capaces o incluso más corruptos que el gobierno central.

A diferencia de otros países que aprobaron leyes de descentralización, Colombia implementó vigorosamente una reforma importante, incluidas reformas institucionales que dieron a los ciudadanos más oportunidades para participar en la formulación de políticas locales. Ambas inclusiones son esenciales para garantizar que los cambios de descentralización sean efectivos y puedan mantenerse (Faguet & Sánchez, 2013). Las reformas de descentralización parcial de Colombia a su sistema de salud han tenido efectos grandes y medibles en las finanzas públicas y las políticas internas. La descentralización de Colombia se centró en la devolución por parte del gobierno central de la autoridad

sobre funciones específicas, como administrativas, políticas y económicas, a gobiernos locales democráticos que ahora son independientes (Faguet & Sánchez, 2013). Estos gobiernos locales son autoridad geográfica y funcional legalmente delimitada.

A diferencia de países como Bolivia, que se descentralizaron con relativa rapidez, el proceso de Colombia tardó casi veinticinco años en procesarse por completo (Faguet & Sánchez, 2013). El proceso comenzó con la designación de la autoridad de diferentes regiones y, con el tiempo, a medida que crecía cada una, se asignaban más y más recursos para cada municipio (Rotarou y Sakellariou, 2017). Toda la información proviene de Faguet & Sánchez (2013). En 1983 y 1986, se ampliaron las facultades de recaudación de impuestos, especialmente los impuestos sobre las ventas, y se establecieron los límites de los municipios para la inversión de estos fondos. La fase dos estaba más relacionada con asuntos políticos y administrativos. La Ley 11 de 1986 reguló la elección popular de alcaldes y buscó promover la participación popular en los asuntos de toma de decisiones locales. Las reformas que permitieron las iniciativas ciudadanas, los consejos municipales de planificación, los cabildos abiertos, la posibilidad de revocar los mandatos de los alcaldes, profundizaron la descentralización política. La fase tres consistió en leyes que reglamentaron la constitución y otras reformas fiscales y administrativas. Estas reformas asignan responsabilidad a los municipios por la provisión de servicios públicos y la inversión social y aumentaron las transferencias centrales a los gobiernos locales. Estas leyes dieron poca discreción a los gobiernos locales sobre los fondos transferidos, y ordenaron que la mayor parte se gastara en educación y salud (Faguet & Sánchez, 2013).

Casi diez años después, se dio la cuarta fase donde hubo una redefinición de competencias y responsabilidades a cargo de los gobiernos municipales y departamentales. Los gobiernos municipales estaban encargados de dirigir y coordinar el sector salud y el Seguro General de Salud dentro de las jurisdicciones municipales (Molina y Spurgeon, 2007). Se otorgó a los municipios el poder de recaudar impuestos significativos y emitir deuda pública y gastar esos recursos como quisieran. Como resultado, los gastos e inversiones municipales totales aumentaron del 2,7% al 7,6% del PIB durante una década

(Molina y Spurgeon, 2007). Como resultado, el acceso a la atención médica aumentó drásticamente en todo el país, con mejoras monumentales en el acceso de los pobres a la atención médica con aumentos de entre 200 % y 550 % (Faguet & Sánchez, 2013).

La reforma del sistema de salud de Colombia

Según Prada y Chaves (2017), en los últimos cuarenta años, el sistema de salud de Colombia ha crecido increíblemente a través de una serie de avances. Uno de esos avances significativos fue la reforma de 1993 para cambiar la estructura de la financiación universal de la salud pública. Desde este cambio, los empleados se han visto obligados a pagar los planes de salud, a los que también contribuyen los empleadores, un aspecto clave del Sistema de Seguros Sociales. Como resultado, este sistema tripartito amplió la cobertura de salud pública de menos del 21% de la población antes de 1993 al 65% en solo diez años (Prada y Chaves, 2017).

Estas reformas se debieron en parte a cambios en la constitución nacional a principios de 1991. Durante ese tiempo, se implementó una ley conocida como Ley 100. Es responsable de ampliar ampliamente la cobertura sanitaria universal a una parte más amplia de la población (Molina y Spurgeon, 2007). En particular, un artículo de la Ley 100 establece que el seguro de salud es obligatorio, que los proveedores deben tener autonomía administrativa y que los pacientes deben tener libre elección entre los proveedores.

Mientras que la Ley 100 trajo muchos desafíos, especialmente financieros, está ampliamente acreditada por traer reformas importantes (Molina y Spurgeon, 2007). Sin embargo, como resultado de esta atención sanitaria universal, existen diferencias significativas en el nivel de atención entre las zonas rurales y urbanas (Molina y Spurgeon, 2007). Por ejemplo, en ciudades como Bogotá, Medellín y Cali, casi el 100% del público está cubierto por un seguro de salud (Faguet & Sánchez, 2013). Además, los estándares de atención médica son excelentes. Pero en las zonas rurales, la cobertura de salud es más limitada. Además, las normas de atención son muy limitadas y las clínicas pueden ser básicas (Molina y

Spurgeon, 2007). Para aquellos que pueden pagarlo o que tienen seguro, ser tratados en una instalación privada significa una experiencia más cómoda en una clínica moderna.

Dimensión económica del sistema de salud de Colombia

Según el Instituto Nacional de Salud Pública (2011), los servicios de salud se financian por tres fuentes de cotizaciones diferentes: los trabajadores asalariados e independientes afiliados a las EPS, el gobierno, y los empleadores. Todas estas contribuciones se reúnen en el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) que se redistribuye a compradores que soportan regímenes especiales y los EPS-C y EPS-S. Las EPS a su vez pagan los servicios a las IPS. Por otro lado, hay otra fuente que es parte del sector privado, los pagos de bolsillo. Estos pagos provienen de personas de la clase alta o media que eligen buscar solo servicios de proveedores privados (Guerrero et al., 2011).

El gasto total en salud en Colombia se compone del gasto público directo, el gasto en seguridad social, y el gasto privado en salud. El gasto público directo es operado por el Ministerio de la Protección Social (MPS) y sus entidades con relación con la atención de personas aún no cubiertas por el sistema. En conjunto con el gasto público trabaja el gasto en seguridad social en salud que corresponde al régimen contributivo. El gasto público está basado en cotizaciones desde los usuarios que se realiza a través de las EPS y los regímenes especiales. El gasto privado total comprende el gasto imputado en atención de salud por los seguros privados voluntarios, planes de medicina prepagada, y el gasto de bolsillo (Guerrero et al., 2011).

Según el Banco Mundial (2020), el PIB de un país se calcula como la suma del valor añadido bruto por todos los productores residentes en la economía más los impuestos sobre el producto y menos las subvenciones no incluidas en el valor de los productos. Normalmente, la cantidad gastada en servicios de salud es un indicador de la eficiencia y eficacia general en materia de salud del modelo de salud (Banco Mundial, 2020). Alrededor del 20% del gasto público se dirige a la atención médica (Guerrero et al., 2011). Además, el gasto público en salud en 2019 alcanzó el 5,98% del PIB, un aumento de 0,09

puntos respecto a 2018, cuando fue del 5,89% del PIB (Expansión, 2022). Sin embargo, más recientemente en 2020, el crecimiento anual del PIB de Colombia disminuyó 6,79% (Expansión, 2022).

De manera similar, la proporción de la población con gastos en salud superiores al 25% del gasto o ingreso total de los hogares disminuyó del 3,1% en 2008 al 2,2% en 2016 (Naciones Unidas, n.d.). Los gastos significativos de salud pueden obligar a los hogares a reducir su consumo de alimentos y otros artículos necesarios para la vida diaria. Según la revista científica PLoS ONE, a menudo estos hogares enfrentan problemas de bienestar a largo plazo, ya que el hogar se ve privado de la capacidad de vivir una vida económicamente estable y saludable. A veces, los hogares que carecen de cobertura se enfrentan a gastos catastróficos, especialmente cuando el gasto es un porcentaje significativo del ingreso total de los hogares. Por lo tanto, una reducción del 0,9% del gasto total en salud del hogar permite a más familias tomar decisiones más fáciles al decidir entre las necesidades diarias básicas y los medicamentos necesarios para una salud decente (Nguyen et al., 2012).

Además, los colombianos tienen un gasto de bolsillo del 16%, lo que hace que los costos farmacéuticos sean uno de los más bajos de América Latina (Alcimed, 2021). A pesar de que el gobierno central es la principal fuente de financiamiento para los gastos de salud en Colombia, no participa en la gestión ni en la prestación de servicios de salud (Calderón et al., 2011). De hecho, esta distribución generalizada de los servicios es resultado de la descentralización (Alcimed, 2021). El sistema EPS permite el acceso abierto a una red de proveedores de atención sanitaria, así como a la financiación de procedimientos y medicamentos, gestionados directamente por el EPS (Calderón et al., 2011). Sin embargo, tal sistema debe ser evaluado para evaluar mejor la verdadera eficiencia del modelo Bismarck.

Evaluación del Desempeño del sistema de salud de Colombia

Los indicadores de la atención médica se pueden utilizar como un método para evaluar la cobertura y la eficacia y eficiencia general del sistema. Un indicador de cobertura es el número de camas disponibles en hospitales por cada 1.000 personas. En Colombia, hay 1,71 camas por 1.000 personas (Expansión, 2022). En 2018, el PAHO ordenó nuevas regulaciones que recomendaban por lo menos 3

camas por cada 1,000 habitantes para la mejor atención hospitalaria (PAHO, n.d.). En 2016, Guyana informó que tenía un promedio de 1,71 camas de hospital por cada 1,000 habitantes (Banco Mundial, 2020). Guyana opera un sistema de salud universal, es decir, todos los ciudadanos y residentes de Guyana tienen acceso a las instalaciones y servicios del sistema (CIA, 2018). Colombia tiene múltiples fuentes consistentes de financiamiento para la salud y compensa la falta de servicios, mientras que el gobierno de Guyana cubre los costos de bolsillo solo para pacientes de bajos ingresos.

Además, otro indicador que puede evaluar el desempeño del sistema de salud de Colombia es el porcentaje de población afiliada a un seguro de salud. En el 2020, 95% de la población en Colombia se informó que estaba cubierta por el sistema EPS (Kline, 2022). En el 2018, se informó que 75% de la población está afiliada a la Caja de Seguro Social (Jaramillo, 2018). Mientras que los dos países tienen modelos de organización del sistema de salud, hay diferencias que explican una brecha tan grande en la cobertura entre los dos países. Por ejemplo, existe una gran disparidad entre el ingreso promedio de los ciudadanos en Colombia y Panamá. En Colombia, el promedio es de 5.790 US\$ mientras que en Panamá es de 12.420 US\$ (World Data Info, n.d.). Debido a que Panamá también ofrece atención médica privada, esto podría explicar por qué una cuarta parte de su población no está cubierta por la Caja de Seguro Social. En cambio, el 25% puede ser de clase alta o media que opten por pagar por el sector privado (World Data Info, n.d.).

Según el Banco Mundial (2020), el número de médicos por cada 1,000 habitantes también es indicativo de la función del sistema de salud. Colombia tiene una proporción de 3,8 en 2018, mientras que Panamá tiene una proporción de 1,6 en 2018. La OMS estima que se necesitan al menos 2,5 médicos por cada 1.000 personas para proporcionar una cobertura adecuada con intervenciones de atención primaria (OMS, 2006). La proporción de Colombia es más alta que la de Panamá, lo que significa que puede proporcionar una cobertura más adecuada con intervenciones de atención primaria que Panamá. Para estar seguros de que se debe evaluar una mayor investigación sobre el financiamiento, la prestación de servicios, la fuerza laboral y la gobernanza de cada sistema (Banco Mundial, 2020).

Los indicadores de desempeño incluyen la eficiencia del sistema, la eficiencia técnica, la eficacia del sistema total, y la equidad del sistema. Una medida de la eficiencia es a través de un análisis del tiempo empleado durante una visita al hospital. La duración promedio de las estancias hospitalarias en Colombia en 2017 en el número de días fue de 6 días (Expansión, 2022). Según la OCDE (n.d.), la duración media de la estancia en Colombia fue inferior al promedio de 2019 7,6 días en todos los países involucrados en la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Además, México y Turquía tuvieron las estancias hospitalarias más cortas con un promedio de 4 días porque han estado mejorando sus instalaciones de atención a largo plazo para aliviar la carga que soportan los sistemas hospitalarios. Las estancias hospitalarias de varios días a menudo pueden llegar a ser abrumadoramente costosas para que muchas familias de bajos ingresos las gestionen. En Colombia, el promedio de costo por día cama en 2021 es de 53 USD, mientras que Panamá sube a 72 USD (OCDE, n.d.). Para los pacientes que no pasan la noche en Colombia, el costo es de sólo 22 USD, mientras que en Panamá el costo promedio de una visita ambulatoria es de 56 USD (Expatisson, n.d.). Esta diferencia refleja que el costo de la atención en Colombia es menor que el costo de los servicios en Panamá, que es un activo para los colombianos sin cobertura y pago de costos de bolsillo.

La eficiencia técnica puede medirse por el número de enfermeras por médico. Por ejemplo, la proporción de enfermeras por médico en Colombia es de 0,6, lo que significa que hay más médicos que enfermeras (OCDE, n.d.). Panamá tiene un sistema más eficiente en cuanto a la proporción entre enfermeras y médicos, ya que el sistema tiene un promedio de 2 enfermeras por cada 1 médico en 2019 (OCDE, n.d.). Sin embargo, los sistemas de atención de la salud pueden responder rápidamente a las demandas cambiantes de los servicios de salud si pueden permitírselo. Otra reflexión para mostrar dónde Colombia carece de eficiencia técnica es, las 1,71 camas por 1,000 habitantes en Colombia, en comparación con la recomendación de 3 camas de la OMS, mostrando así una falta de camas suficientes para su población (Expansión, 2022).

Además de la eficiencia, también se debe analizar la eficacia. Las medidas de población, como los años de vida perdidos como resultado de diferentes enfermedades, son un buen indicador de la eficacia del sistema de atención de la salud. Según las Naciones Unidas (n.d.), en Colombia, el 2000 20% de los años de vida perdidos (AVP) se debieron a enfermedades transmisibles, el 46% a enfermedades no transmisibles y el 33% a lesiones. En 2020, los AVPs por enfermedades transmisibles fueron los mismos que en 2000. Los AVPs por enfermedades no transmisibles aumentan a 53%. Los AVPs debido a lesiones disminuyeron a 27%. Esto indica que Colombia ha presentado mejoras sostenibles que podrían asociarse con los avances del sistema de salud, reflejando así la eficacia del sistema (Naciones Unidas, n.d.).

Según la OCDE, la equidad del sistema de salud también debe investigarse para evaluar el sistema de salud. Según la OECD Revisión de Sistemas de Salud colombiano, casi todos los colombianos tienen ahora acceso a la atención de salud, con una cobertura casi cuadruplicada, de 23,5% de la población en 1993 a 96,6% en 2014. Sin embargo, Colombia ha tardado años en alcanzar este objetivo, la cobertura de seguros aumentó más rápidamente entre el 20% más pobre de la población (de 4% en 1993 a 89%) y en las zonas rurales (de 6,6% en 1993 a 92,6%) (OCDE, n.d.).

Otro indicador de equidad que debe evaluarse es la cobertura de la población indígena. Según la Biblioteca Nacional de Medicina, el 5,1% de la población indígena y el 6,3% de la población afrodescendiente se declararon no afiliados al régimen de salud de Colombia (Viáfara-López et al., 2021). Mientras que el 17% y el 36,7% de estas poblaciones son contribuyentes, todavía aproximadamente 76,500 indígenas carecen de acceso a los servicios de salud debido a las barreras que impiden el acceso físico a dicha atención (Viáfara-López et al., 2021).

Hay desigualdades en la utilización de la salud reproductiva por parte de las mujeres étnicas en Colombia. Las mujeres indígenas auto identificadas y las mujeres afrodescendientes en un estudio realizado en 2015 tuvieron una probabilidad considerablemente menor de tener una cantidad adecuada de atención prenatal y posparto (Molina y Spurgeon, 2007). Referente al control posparto, las indígenas

y afrodescendientes presentaron los menores porcentajes (54% y 66% respectivamente) (Molina y Spurgeon, 2007). En las mujeres que no pertenecen a ninguna etnia, el porcentaje de utilización fue superior al promedio general (77,3%) (Guerrero et al., 2011). Brechas que representan una deuda histórica con los pueblos indígenas y afrodescendientes, y deben cerrarse con estrategias gubernamentales (Guerrero et al., 2011).

Análisis

El modelo de organización del sistema de salud colombiano utiliza el Modelo Bismarck. Este tipo de sistema está compuesto por un sector de seguridad social financiado-tripartita con recursos públicos y un decreciente sector privado. Las tres partes que financian el sistema son los trabajadores asalariados e independientes afiliados a las EPS, el gobierno, y los empleadores. Todas estas contribuciones se reúnen en el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) que se redistribuye a compradores que soportan regímenes especiales y los EPS-C y EPS-S (Guerrero et al., 2011). Otra fuente de financiamiento proviene de pagos privados de bolsillo de los miembros de clase alta y media que eligen prácticas privadas para la atención.

Porque el tipo de descentralización en Colombia es principalmente la devolución a gran escala de poder, la autoridad permanece en los niveles subnacionales de gobierno o municipios. Esta transferencia de recursos a los gobiernos locales fue efectiva, a pesar de los temores de que estos gobiernos locales sean menos eficientes, capaces o incluso más corruptos que el gobierno central (Faguet & Sánchez, 2013). La concentración de fondos en el FOSYGA ha impedido la corrupción generalizada desde la reforma de Colombia (Guerrero et al., 2011). El lento proceso de reforma de salud en Colombia permitió que el sistema gradualmente hiciera cambios más pequeños dentro de la reforma en cuatro fases para garantizar que se realizarán cambios sostenibles. La ley 11 fue un preprocesamiento de la Ley 100, que amplió ampliamente la opción de la cobertura universal de salud a una parte más amplia de la población (Guerrero et al., 2011). Sin embargo, como resultado de esta atención sanitaria universal, existen diferencias significativas en el nivel de atención entre las zonas rurales y urbanas. En ciudades

como Bogotá, Medellín y Cali, casi el 100% del público está cubierto por un seguro de salud (Faguet & Sánchez, 2013). Pero en las zonas rurales, la cobertura es limitada.

El nivel de desempeño del sistema de salud colombiano tiene muchas ventajas y desventajas. Colombia tiene un buen desempeño en su mayor parte con medidas de costo-efectividad como la duración promedio de la estancia. Tener un promedio más bajo de días pasados por los pacientes en el hospital reduce los costos generales del hospital por día, lo que representa la verdadera eficiencia del sistema (Banco Mundial, 2020). La duración de la estancia es un indicador importante de la eficacia de la gestión hospitalaria, ya que una reducción en el número de días de hospitalización resulta en un menor riesgo de infección, efectos secundarios de los medicamentos y un aumento de los beneficios hospitalarios con un manejo más eficiente de la cama. La sostenibilidad de las políticas de reforma se refleja porque Colombia ha mantenido con éxito las estadísticas de medición de la población durante 20 años. Sin embargo, el sistema de salud sigue marginando a las poblaciones indígenas. Esto es especialmente claro al analizar el acceso a los servicios de salud para las poblaciones vulnerables, como la demografía femenina colombiana, que tienen una atención mucho menos equitativa a los servicios de salud.

Conclusión y recomendaciones para Colombia

Al igual que con todos los sistemas de atención de la salud que no proporcionan directamente la atención universal de la salud, hay conflictos en la creación de un sistema que apoye el derecho a la cobertura de la atención de la salud para todos los miembros de la sociedad, independientemente de su género, raza, estado socioeconómico, religión u orientación sexual. El Ministerio de Salud de Colombia enfrenta desafíos a lo largo de los veinte años de proceso de descentralización y reforma que trajo una amplia expansión de la cobertura demográfica del país. A medida que Colombia continúa modificando y ajustando sus políticas para responder a sus crecientes ancianos demográficos y marginados de bajos ingresos, deben seguir coordinando entre los municipios regionales y las autoridades locales. Los efectos de dicha reforma y de las modificaciones periódicas son claros en los indicadores de cobertura y

desempeño del sistema colombiano. A pesar de las mejoras en la cobertura, sigue existiendo una gran disparidad entre la cobertura de servicios esenciales para las poblaciones más vulnerables del país, que incluye a los indígenas y a otras personas que viven en la pobreza. Estas marginalizaciones se ilustran con los indicadores de la atención de la salud, específicamente en la población indígena femenina durante el parto y otras cuestiones relacionadas con el embarazo.

Los efectos de la reforma de la Ley 100 pueden servir de marco para otros países para la aplicación de la reforma del sistema de salud y la descentralización funcional modelo para otros países de la misma región o incluso a nivel mundial. A medida que los funcionarios de salud continúan modificando y mejorando el sistema, el SGSSS debe continuar trabajando con los gobiernos regionales para fortalecer las provisiones de servicios en toda la nación, especialmente enfocándose en las regiones que albergan a poblaciones indígenas y de bajos ingresos. Para evaluar mejor el ajuste de impacto a las estrategias de ejecución, las reformas deben seguir directrices explícitas. Colombia debe establecer objetivos firmes de futuras reformas y planificar estratégicamente con los gobiernos regionales y locales para implementar los planes. A partir de este análisis estratégico de indicadores e inequidades del pasado, debería hacerse hincapié en el fortalecimiento de la equidad de la atención en las zonas rurales. Entre las recomendaciones figuran el aumento del número de médicos y clínicas, la comprensión de los diferentes idiomas y mayores medidas preventivas de salud pública para los grupos indígenas. Las reformas futuras deben garantizar la protección de la salud de todos los colombianos, independientemente de su situación socioeconómica, ubicación geográfica o diferencias en la cobertura pública o privada.

Lista de Referencias

- Agencia Central de Inteligencia. (2018). Libro de hechos del mundo. *Colombia*.
<https://www.cia.gov/the-world-factbook/>
- Alcimed. (2021). Colombia: An attractive healthcare system and pharmaceutical market.
<https://www.alcimed.com/en/alcim-articles/colombia-an-attractive-healthcare-system-and-pharmaceutical-market/#:~:text=Additionally%20to%20this%20achievement%2C%20Colombians,resembling%20OECD%27s%20indicator%20of%2014%25>
- Banco Mundial (2020). Indicadores Sociales de Salud: Perfil de país de Colombia .
<https://data.worldbank.org/country/colombia>
- Calderón, C. A. A., Botero, J. C., Bolaños, J. O., & Martínez, R. R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 2817-2828.
- Departamento de Estado de los Estados Unidos. (2021). *Relaciones de Estados Unidos con Colombia*.
<https://www.state.gov/u-s-relations-with-colombia/>
- Estrada Álvarez, J. (2006). Las reformas estructurales y la construcción del orden neoliberal en Colombia.
- Expansión. (2022). DatosMarco.com *Colombia: Economía Y Demografía*.
<https://datosmacro.expansion.com/paises/colombia>
- Expatistan. (n.d.). Cost of living in Panama. <https://www.expistan.com/cost-of-living/country/panama?currency=USD>
- Faguet, J.-P., & Sánchez, F. (2013). Decentralization and access to social services in Colombia. *Public Choice*, 160(1-2), 227–249. <https://doi.org/10.1007/s11127-013-0077-7>
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vázquez, J. (2011). *Sistema de Salud de Colombia*. Instituto Nacional de Salud Pública.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800010

- Jaramillo, O. A. (2018). La Prensa Panamá. https://www.prensa.com/impresa/panorama/poblacion-afiliado-CSS_0_5034996570.html#:~:text=75%25%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20est%C3%A1,Seguro%20Social%20%7C%20La%20Prensa%20Panam%C3%A1
- Kline, H. (2022). *Colombia*. Enciclopedia Britannica. <https://www.britannica.com/place/Colombia>
- Molina, M., & Spurgeon, P. (2007). La descentralización del sector salud en Colombia. Una perspectiva desde múltiples ámbitos. *Gestión y Política Pública*, 16(1), 171-202. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792007000100171&lng=es&tlng=es.
- Morales-Sánchez, L. G., & García-Ubaque, J. C. (2017). Gestión de la crisis del sistema de salud en Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 19, 129-133.
- Naciones Unidas. (n.d.). United Nations SDG Indicators Database. United Nations. <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/countryprofiles/col#goal-4>
- Noronha, J. C. D. (2013). Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 847-849.
- Nguyen, K. T., Khuat, O. T., Ma, S., Pham, D. C., Khuat, G. T., & Ruger, J. P. (2012). Effect of health expenses on household capabilities and resource allocation in a rural commune in Vietnam. *PLoS ONE*, 7(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0047423>
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). (n.d.). Hospital discharges and average length of stay. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/18faaea9-en/index.html?itemId=%2Fcontent%2Fcomponent%2F18faaea9-en#:~:text=In%202019%2C%20the%20average%20length,days%20or%20over%20per%20patient>
- Organización Panamericana de la Salud (PAHO). (n.d.). *Colombia profile of the Health Services System* https://paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health_System_Profile-Haiti_2003.pdf

- Prada, C. & Chaves, S. (2019). Health system structure and transformations in Colombia between 1990 and 2013: a socio-historical study. *Critical Public Health*. <https://doi.org/10.1080/09581596.2018.1449943>
- Rotarou, E. S., & Sakellariou, D. (2017). Inequalities in access to health care for people with disabilities in Chile: the limits of universal health coverage. *Critical Public Health*, 27(5), 604-616.
- Sistema de Salud Colombiano. (2021). *Seguro de Ciudadanos Internacionales*. <https://www.internationalinsurance.com/health/systems/colombia.php>
- Viáfara-López, C. A., Palacios-Quejada, G., & Banguera-Obregón, A. (2021). Ethnic-racial inequity in health insurance in Colombia: a cross-sectional study. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, 45, e77. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.77>
- World Data Info. (n.d.). Country comparison Colombia: Panama. <https://www.worlddata.info/country-comparison.php?country1=COL&country2=PAN>