

EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA QUEBRANTO DE UN GRAN IDEAL

**AUTOR:
ANDREA FORERO BELTRÁN**

**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS, DIRECCIÓN DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN ALTA GERENCIA
PROMOCIÓN No. 48
BOGOTÁ D.C, COLOMBIA
ENERO - 2014**

EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA QUEBRANTO DE UN GRAN IDEAL

**AUTOR:
ANDREA FORERO BELTRÁN**

**DOCENTE:
MARIA CAROLINA ORTIZ RIAGA**

**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS, DIRECCIÓN DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN ALTA GERENCIA
PROMOCIÓN No. 48
BOGOTÁ D.C, COLOMBIA
ENERO– 2014**

EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA QUEBRANTO DE UN GRAN IDEAL

Introducción

A través de este ensayo se pretende hacer un recorrido por los grandes hitos que constituyeron la postulación del Sistema de Salud en Colombia. Después del establecimiento de grandes ideales se abre una puerta a la manipulación y mala administración de los fondos destinados a tan inalienable derecho. Es por esto que se hace necesario el planteamiento y aprobación de una gran reforma que garantice la seguridad social en salud a cada ciudadano del país, logrando así después de 20 años encaminar el fortalecimiento del sistema y dar cumplimiento al derecho proclamado en la Constitución Política de Colombia.

Posterior a la década de los ochenta marcada por el recrudecimiento de la violencia de guerrillas, el fortalecimiento del narcotráfico, secuestro, terrorismo y corrupción política de las ramas del Estado, nace la constitución política de 1991 que después de un proceso de paz bastante apresurado y el desarme de un grupo guerrillero, dio surgimiento a la asamblea nacional constituyente que elaboró y aprobó nuestra nueva y más reciente carta magna cuyo objetivo era el fortalecimiento de los grandes derechos de la población colombiana: asegurando así el derecho a una vivienda digna, el respeto a la privacidad de los ciudadanos y entre los más importantes, el respeto a la vida y el derecho a la salud.

El surgimiento de la ley 100 de 1993, mediante la cual se crea el sistema de seguridad social integral, en sus inicios planteo la solución al hacinamiento en los hospitales y reglamentó la cobertura de la totalidad de la población colombiana, no concibiendo la realidad que actualmente ha transformado tan anhelado ideal en su más grande desviación, convirtiéndose así en un monopolio empresarial privado que con sus influencias logro acabar con uno de los más grandes institutos hospitalarios y redes de hospitalarias que brindaba la mayor accesibilidad y cobertura en salud a la población colombiana.

Históricamente el Instituto de Seguro Social se vislumbraba como uno de los institutos más fuertes y que mayor cobertura daba a la población colombiana. Sin embargo ante la evidente corrupción política y el inevitable olvido por parte del gobierno se desplomó como filas de dominós, convirtiéndose en un símbolo de la ahora evidente caída del gran sistema de salud colombiano dejando al descubierto el gran problema sufrido por la salud en Colombia.



1. Contexto

La Constitución Política de 1991 en su Artículo 44 establece la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, razón por la cual mediante la ley 60 de 1993 se dictan las normas orgánicas sobre la distribución de competencias del Estado y entes territoriales en cuanto a la distribución del presupuesto de conformidad con la Constitución Política.

Así también es importante resaltar la definición del Sistema de seguridad social integral establecido por la Ley 100 de 1993, en su preámbulo, el cual la precisa como: “El sistema de seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, que están a disposición de las personas y las comunidades para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.”

Como bien lo dice la Ley 100 el sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten; este sistema

comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y de servicios complementarios, materia de esta ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

A través de esta Ley se efectúa la creación el SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud) pilar de la salud en Colombia. El SGSSS que tiene por objeto establecer un sistema sostenible que permita dar cobertura a toda la población colombiana, asegurando que todas las personas con o sin capacidad de pago tengan la posibilidad de atención en salud, por medio de los dos regímenes establecidos retomados más adelante en el funcionamiento del sistema de salud.

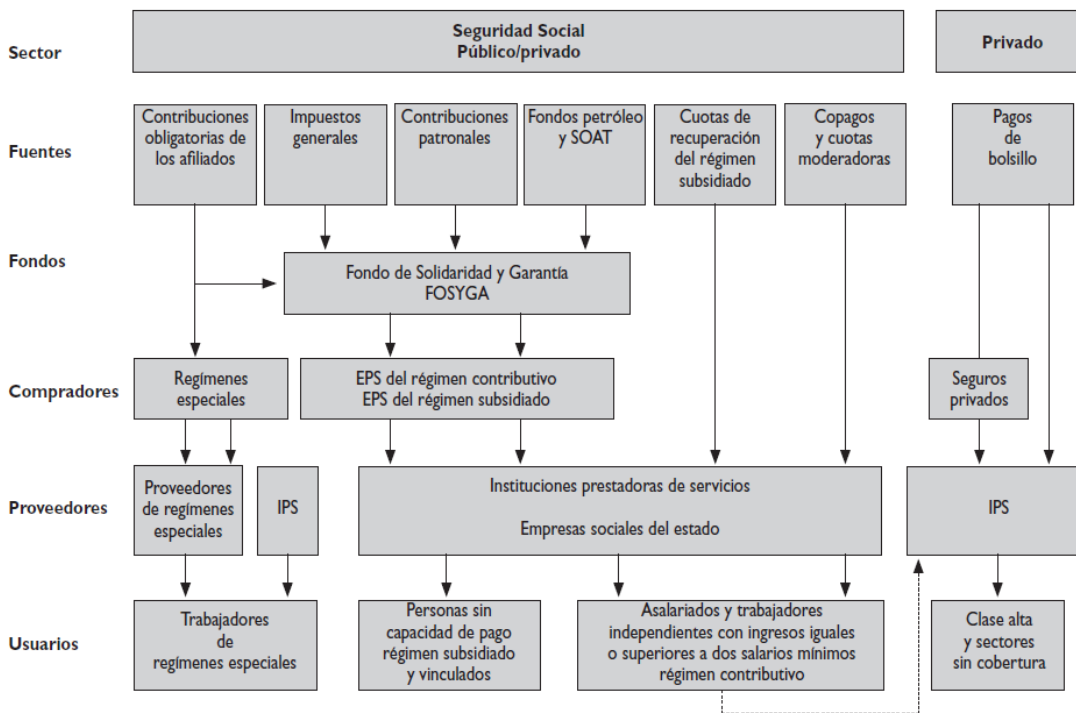
Con el fin de establecer un ente administrativo a los recursos destinados a la salud y darle viabilidad inmediata al cubrimiento en salud a la población colombiana se instaura la creación de las entidades promotoras de salud (EPS) como entidades encargadas de la promoción de la salud y el aseguramiento de los usuarios para la prestación de los servicios a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS) que comprenden las clínicas y hospitales afiliadas a dichas redes.

La sostenibilidad del sistema se hace de acuerdo con los recursos públicos y privados que recibe la nación por cuenta de los impuestos, cuotas moderadoras, contribuciones obligatorias de los afiliados y recursos de apuestas, juegos o espectáculos. Todos estos recursos son recopilados a través del fondo de solidaridad y garantía (FOSYGA), el cual se encarga de pagar todos aquellos recobros que realizan las EPS e IPS al Estado por cuenta de servicios prestados por estas:

cirugías, entrega de medicamentos o atención en salud. Guerrero, Gallegos, Becerril-Montekio & Vásquez (1991).

Adicionalmente dentro de los beneficiados del sistema de salud que gozan de otros esquemas de seguridad, están las fuerzas armadas, profesores de magisterio y universitarios y empleados de la compañía de petróleos de Colombia ECOPETROL. Guerrero et al., (1991).

2. Cómo funciona el sistema de salud actual en Colombia



SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito

Regímenes especiales: fuerzas militares, Policía Nacional, Empresa Colombiana de Petróleos, magisterio, universidades
 EPS: entidades promotoras de salud
 IPS: instituciones prestadoras de servicios. El sistema de salud colombiano está compuesto por un amplio sector de seguridad social y un decreciente sector exclusivamente privado. Su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con sus dos regímenes, el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS). El RC afilia a los trabajadores asalariados y pensionados y a los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. El RS afilia a todas las personas sin capacidad de pago. En 2010 las coberturas fueron de 39.7% y 51.4% de la población total,

respectivamente. Los Regímenes Especiales (RE) afilian a los trabajadores de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), el Magisterio y las universidades públicas.

En 2010 sólo 4.3% de la población permanecía fuera del sistema de seguridad social en salud. El RC opera con base en una cotización de sus afiliados. El RS opera con base en un subsidio cruzado del RC más otros fondos fiscales procedentes de impuestos generales. La afiliación al SGSSS es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que se encargan de ofrecer, como mínimo, el Plan Obligatorio de Salud (POS) o bien

el POS-S para los afiliados al RS. Las EPS entregan los fondos reunidos de las cotizaciones al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), el cual devuelve a las EPS el monto equivalente a la unidad de pago por capitación (UPC) ajustado por riesgo, de acuerdo con el número de afiliados que tengan. El pago capitado en el RS es análogo (aunque no se ajusta por riesgo) y se denomina UPC-S. Los proveedores de atención son las instituciones prestadoras de servicios (IPS), que pueden estar o no integradas a las EPS, pero que en todo caso son contratadas por éstas. El sector exclusivamente privado es utilizado preponderantemente por la clase alta que, aun cotizando en alguna EPS, contrata seguros privados o acude a la consulta privada. Una porción de la población de ingresos medios, por carecer de cobertura o por no tener acceso oportuno al SGSSS, se ve obligada a acudir a la consulta privada haciendo pagos de bolsillo.

Esquema tomado de Guerrero et al.,(1991).

Para entender la magnitud de la importancia del sistema de salud posterior a la instauración de la ley 100 de 1993, es importante resaltar las estadísticas reportadas por el DANE en la Encuesta Nacional de Calidad de vida 2012, en la cual Colombia alcanzó un cubrimiento en salud del 90,6 % y la afiliación al SGSSS por regímenes arrojó para 2012, que el 52,2% de los afiliados estaban cubiertos por el régimen subsidiado, frente a un 47,5% del régimen contributivo; esta situación representa un incremento en la afiliación al régimen subsidiado de 2,5 puntos porcentuales, frente a una reducción de 2,6 puntos porcentuales del régimen contributivo, con respecto a la información obtenida en 2011. DANE (2013).

Para poder entender el funcionamiento del sistema general de salud actualmente establecido retomamos Guerrero et al., (1991), quien en su artículo “El Sistema de Salud en Colombia” pretende realizar una descripción detallada del mismo.



El sistema de salud colombiano se compone de un amplio sector de seguridad social financiado con recursos públicos y un decreciente sector privado. Su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Gracias al SGSSS se realizó la creación de dos regímenes, el primero de ellos es el régimen subsidiado (RS), mediante el cual la población de escasos recursos del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de los subsidios que ofrece el Estado, dentro del cual los entes territoriales se responsabilizan de la operación adecuada de sus procesos. De esa forma, los municipios, distritos y departamentos tienen funciones específicas frente a la identificación y afiliación de la población objeto, así como sobre la inversión, contratación y seguimiento de la ejecución de los recursos que financian el Régimen (recursos de Esfuerzo Propio, de la Nación SGP) y del FOSYGA.

La afiliación al sistema es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que 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 exclusivamente 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 SGSSS, acude a la consulta privada.

Por otra parte en el régimen contributivo se centran las personas que tienen una vinculación laboral, es decir, con capacidad de pago como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias.

Los recursos para el financiamiento del RS son reunidos a través del FOSYGA y equivalen a uno y medio puntos porcentuales provenientes de 12.5% de la cotización del régimen contributivo que se suman a fondos provenientes de otras fuentes fiscales y parafiscales. Los beneficiarios del RS acuden a las EPS de dicho régimen.

Todos los asalariados o pensionados, al igual que todos los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo, tienen la obligación de afiliarse al RC. Para hacerlo, pueden elegir libremente una EPS pública o privada. La contribución obligatoria equivale a 12.5% de los ingresos laborales, pero en el caso de los trabajadores asalariados o pensionados, estos sólo pagan el equivalente a 4% de su salario, mientras que el empleador (o pagador de pensión) se encarga de pagar el restante 8.5%. Los trabajadores independientes deben pagar la totalidad de la contribución. Las EPS se encargan de afiliar y registrar a los usuarios, recaudar las cotizaciones, y organizar y garantizar la prestación del POS.

3. Causas del decaimiento del Sistema de Salud en Colombia

Franco (2013) plantea que las falencias del sistema de salud establecido por la Ley 100 de 1993 sirvieron como argumentos para imponer un nuevo ordenamiento que obedecía, por supuesto, a una concepción diferente de la salud, de la economía, de la ética y de la política.

El sistema de salud colombiano actualmente sufre un déficit que hace insostenible el modelo perfecto planteado por la ley 100 ya que existen diversos factores que hacen imposible la correcta aplicabilidad y control del sistema: la falta de educación, la falta de especialistas, la falta de médicos que estén dispuestos a asumir oportunidades en sitios apartados de país, el alto costo

de los medicamentos, la falta de vías de acceso y sobre todo la burocracia y el negocio de la salud en clínicas y hospitales que hacen que en la actualidad ser paciente sea una piedra en el zapato para los hospitales y clínicas quedando en el olvido que la salud es un derecho esencial y no una obligación del Estado.

A continuación se expondrán los posibles factores que influyeron al decaimiento del sistema, entre los cuales, tenemos:

- Falta de educación:

La falta de educación es uno de los grandes problemas que influyeron en el decaimiento del sistema, debido a que el país aún mantiene una serie de conflictos e inconvenientes que por su gran importancia centraron la atención del Estado e y dejaron atrás la posibilidad de poder ofrecer más oportunidades de educación y desarrollo a la población menos favorecida.

El Estado Colombiano a diferencia de otros países destina muy pocos recursos a las campañas de educación hacia la población, ocasionando que estas no tengan herramientas que les permita conocer cómo prevenir enfermedades que son mitigables a través de la prevención y de la atención primaria.

De acuerdo con los reportes publicados de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2012) actualmente se cuenta con un sin número de enfermedades causantes de los principales deterioros en salud de la población, cuya consecuencia a traído consigo un



número elevado de muertes, quizá evitable y altos costos en los tratamientos. Es por esto que mediante la implantación de educación a la población en cuanto a prevención y cuidados se podría lograr una significativa disminución a aquellas enfermedades fruto del abandono y descuido por falta de formación.

- Alto costo en los medicamentos:

Los costos en los medicamentos son uno de los factores más críticos del sistema de salud actual, Colombia es uno de los países que cuenta con los medicamentos más costosos del mundo según textos periodísticos, Gossain (2012) ...“es más barato un ataúd que un remedio” y actualmente el estado ha identificado esto como uno de los cuellos de botella del sistema de salud debido al recobro que realizan las EPS cuando son recetados, ya que finalmente al no estar cubierto por el POS se inicia una serie de interminables procesos para que el paciente pueda disponer de este.

La falta de planeación del Estado y la libertad que tienen las compañías farmacéuticas para la asignación de precios a los medicamentos, ha hecho que el sistema se encuentre sobresaturado y en la actualidad esto sea consecuencia de la ausencia de fondos para el pago a las EPS y consigo para la urgente inyección de nuevo capital a clínicas y hospitales públicos.

Un punto importante con base en el tema de control de precios a los medicamentos es establecido por Franco (2013), quien afirma que en Colombia no hay solo una falta de regulación en los precios de los medicamentos, si no hay un mercado salvaje, agravado



por los niveles casi impensables de corrupción, todo esto permitido y propiciado por el modelo de salud vigente y respaldado por las más altas instancias del Estado.

Con base en lo anterior el Estado ha establecido en la actualidad un sistema de control de precios de medicamentos, el cual permite vigilar desde un punto de vista justo y razonable el valor que es asignado por los laboratorios oferentes realizado a través de la “comisión nacional de precios de medicamentos y dispositivos médicos” adscrito al Ministerio de Salud y quien es el encargado de identificar aquellos medicamentos que por su continuo recobro necesitan tener un precio controlado por el estado, el cual, no debe superar el promedio de costos establecidos en los países de la región.

- Siguiendo con la evaluación de las causas de la insostenibilidad y la difícil accesibilidad al sistema de salud se evidencia la falta de especialistas médicos que estén en la capacidad profesional de atender las patologías de alta importancia que requiere la población.

En la actualidad, las especialidades médicas en Colombia, se han convertido en un gremio de profesionales perteneciente a la elite, teniendo su fortaleza en el hecho que el número de especialistas para tan amplia población es bastante reducido.

Por otro lado y sin desmeritar la importancia de la medicina y la odontología como principales actores de la salud, se está obligando a olvidar el juramento hipocrático pilar de la profesión médica, llevando consigo una gran devaluación de tan importante



profesión, en la que se obliga a prestar servicios deficientes a través de las entidades promotoras de salud, dejando en entre dicho la credibilidad a tan necesaria profesión.

Finalmente y no menos importante es el inconformismo proclamado por las especialistas médicos quienes aseguran según Fernández & Perilla (2010), que "No es fácil que un especialista acepte trabajar para un sistema de salud que ofrece pésimas condiciones laborales, que atentan contra los pacientes, y pagos bajos, sobre todo en regiones apartadas".

- Un punto más a evaluar reside en la falta de vías de acceso a las zonas rurales y apartadas de Colombia toda vez que en la mayoría de los casos no hay centros médicos, clínicas u hospitales que cumplan con las condiciones necesarias para el tratamiento de enfermedades que afectan a la población.

Un medidor de acceso a la salud de la población rural podría ser evidente a través de la intervención de atención médica en las zonas más apartadas de Colombia donde actualmente se hace evidente el gran conflicto armado que afecta el país, llevando consigo un temor por parte de los profesionales prestadores de salud a asistir y tratar de incorporar el sistema en aquellas regiones que aclaman cuidados.

De acuerdo con Rodríguez (2010) la política pública debe profundizar el esfuerzo por aumentar el porcentaje de población afiliada a la seguridad social, y cumplir la meta de universalidad que propone la Ley. Adicional a esto, es necesario estudiar las barreras de tipo financiero que siguen limitando el acceso de la población que cuenta con el seguro.

Dado que al interior de la población asegurada se siguen presentando limitantes de acceso y más aún, estas limitaciones impactan de manera más importante a la población pobre sin capacidad de pago.

- La burocracia y el negocio de la salud en clínicas y hospitales es otro de los aspectos que están ahogando el sistema de salud en Colombia, las EPS tienen una serie de requisitos absurdos para poder brindar atención en salud a los ciudadanos, además de contar con una baja oportunidad en la prestación del servicio.

Es por lo anterior que se hace urgente una concertación entre el Estado, la población, la comunidad médica y las asociaciones de pacientes para llevar a cabo una reforma que permita controlar cada uno de los aspectos anteriormente expuestos y que en la mayoría de los casos son acción y consecuencia de la situación y la sobresaturación del sistema de salud en Colombia y que dicha reforma no sea una imposición y quede amarrada a intereses burocráticos que terminan beneficiando a unos pocos y empeorando la situación de la mayoría de los colombianos más necesitados.

4. Actualidad del sistema de salud colombiano

A partir de la Constitución Política de 1991 se ha dado un notable aumento en el gasto público ocasionado por muchos factores, entre los que están la gran inversión para el fortalecimiento de las fuerzas armadas, la lucha contra la corrupción, la lucha contra los cultivos ilícitos y el narcotráfico, entre otros, todo esto ha dejado a un lado la salud, el cual se ve contrastado con la tendencia observada de las muertes evitables a partir de la instauración de la ley 100.



De acuerdo a Cardona, Hernández & Yepes (2005) esta situación se ha visto agravada por la ambivalencia existente entre el plan de atención básica y los servicios de promoción y prevención, de los planes de beneficios que ha generado elementos estructurales de fragmentación de servicios con serias implicaciones en la salud pública.

A la vez dichos autores resaltan las deficiencias más notorias del sistema de salud en Colombia entre las cuales se encuentra:

- El incremento en el número de muertes aun de personas aseguradas.
- La incidencia de enfermedades con una respuesta lenta e inadecuada.
- Los bajos niveles de vacunación eficientes (prevención).
- Bases poblacionales ineficientes dificultando la programación, monitoreo y evaluación.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto se hace necesaria la urgente reforma del sistema de salud, con el fin de buscar una posible solución al sistema actualmente impuesto, donde sea posible dar cumplimiento a lo descrito en la constitución política de Colombia, asegurando un mayor nivel de accesibilidad y satisfacción de la población.

¿Cuál es la propuesta actual de Reforma a la salud ?

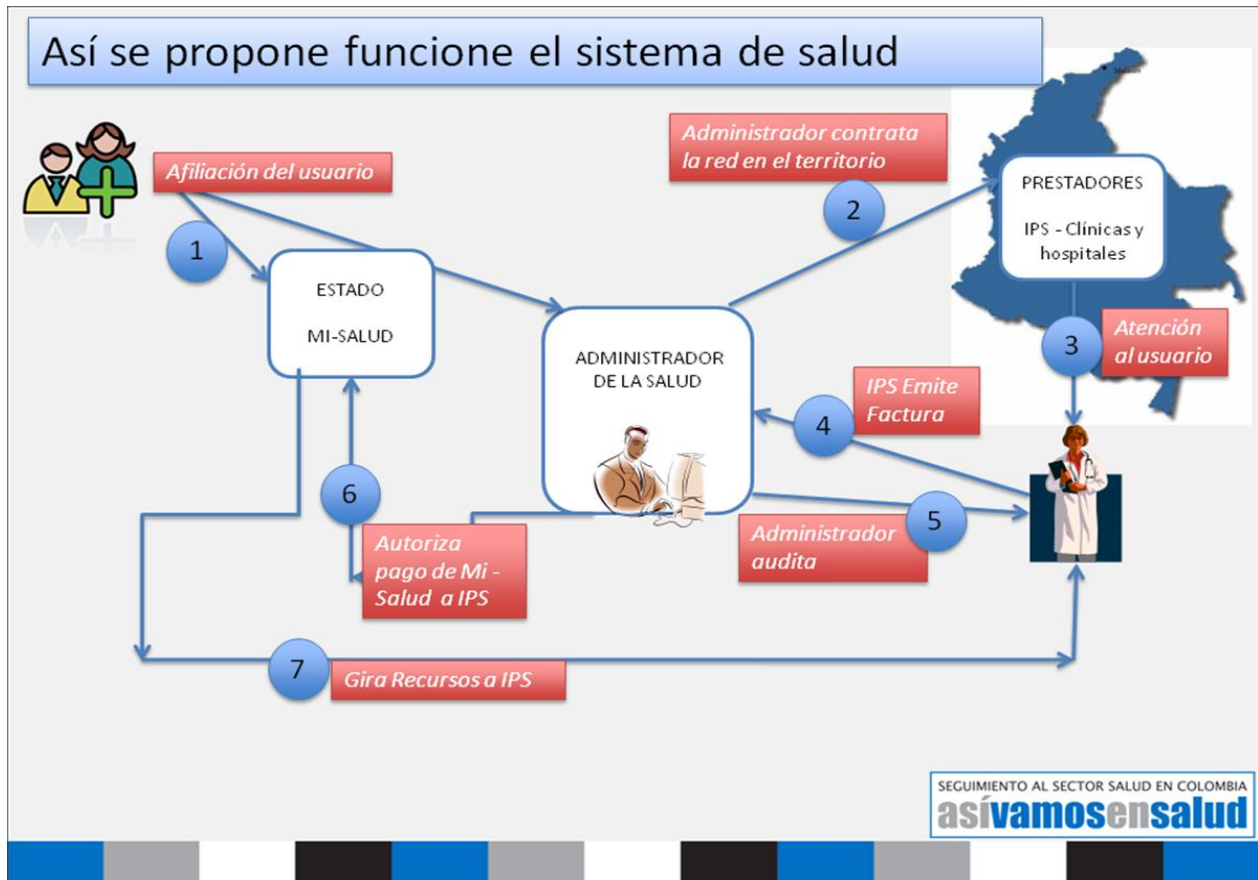
El pasado 15 y 16 de octubre en la sesión plenaria del Senado de la Republica se aprobó el texto por medio del cual se redefine el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones; mediante esta reforma se pretende dar una solución al decaimiento en el que se encuentra la salud en Colombia.



Los principales objetivos planteados convergen en la necesidad de disminuir el desvío de los recursos, garantizar la sostenibilidad del sistema y reducir en sí las barreras del acceso a la salud, mejorando así la oportunidad y la calidad de los servicios en salud, generando una mayor legitimidad y credibilidad a la población.

De acuerdo a la presentación realizada por Arbeláez (2013) en la Universidad de Antioquia, las estrategias planteadas establecen la creación de una entidad pública de naturaleza especial de nivel descentralizado, con autonomía administrativa, financiera y presupuestal, que afilie directamente al sistema, recaude y distribuya los recursos “SALUD MIA”, al igual que se propone la transformación de las EPS en administradoras de la atención básica y especializada en salud con un énfasis territorial y redes de prestadores claramente definidas, llamadas, “GESTORAS DE SERVICIOS DE SALUD”, todo esto con el fin de crear las condiciones para la puesta en práctica de un nuevo modelo de prestación de servicios para zonas especiales y lograr un mayor cubrimiento y accesibilidad; finalmente es importante destacar que el financiamiento se llevara a cabo a través de la dotación a la Superintendencia de salud con mayores y mejores instrumentos de control.

Con el fin de resumir el modelo establecido por la nueva propuesta de reforma a la salud tomamos el esquema planteado por Arbeláez (2013).



Esquema tomado de Arbeláez, P. (2013). Presentación llevada a cabo en la Universidad de Antioquia. *Propuesta Reforma de Salud en Colombia.*

¿Es en verdad una reforma a la salud?

En general la reforma del sistema de salud mantiene relativamente la misma base de nuestro modelo actual, los ajustes que se llevan a cabo se basan en cambios de forma mas no de fondo, debido a que el texto planteado prácticamente descentraliza el sistema de salud y le da más autonomía a la gestoras de salud (anteriormente EPS) para el manejo de los recursos del Estado y su respectiva distribución a hospitales, clínicas y centros médicos. Por otra parte, se le estará otorgando más autonomía a las alcaldías y gobernaciones para el manejo de los recursos y su respectiva distribución, llevando consigo una mayor disponibilidad de decisión sobre el presupuesto dedicado a la salud colombiana, pero, ¿por qué se está permitiendo el manejo de los dineros destinados a la salud a aquellos entes (EPS) sobre los cuales actualmente ha recaído los más grandes descalabros?, ¿es realmente una reforma a la salud, o, es realmente el otorgamiento de vía libre para evitar que se recaigan en eternas investigaciones por fraude que finalmente no conducen a ningún culpable?. Estas son las preguntas que se deben resolver antes de poder poner en pie la reforma.

Según Gossáin (2013) lo malo es que el proyecto no impide que las EPS se transformen en gestoras, y de esa manera pasen de manejar la plata de los usuarios, como lo han hecho hasta ahora, a ordenar cómo debe manejarse esa plata. ¿O el Gobierno es tan ingenuo que cree que las EPS se van a quedar de brazos cruzados, viendo a otros apoderarse del negocio? En ese punto, los entendidos tienen fundamentos para sospechar que lo que está proponiendo el



Gobierno es un maquillaje: cambiarles el nombre a las EPS, que tienen tan mala fama. “Es un cambio de letrero”, me dice un especialista en administración hospitalaria, que pide mantener su anonimato. “Es la misma jeringa con diferente bitoque”.

Por otra parte, la comunidad médica, ha expresado su indignación con relación a esta nueva reforma, debido a, que según lo planteado el ministerio quiere evaluar la posibilidad de desarrollar profesionales especialistas dentro de hospitales y clínicas, lo que fue inmediatamente polemizado y rechazado por las universidades y estudiantes de medicina, en parte a que esto en definitiva no aporta a la solución para falta de especialistas médicos; provocando que a futuro puede repercutir en la salida a la vida profesional de personal sin ninguna dificultad y con una formación insuficiente .

Otra de las preocupaciones de los hospitales y clínicas a partir de la entrada de la nueva reforma es que una vez las EPS pasen a ser gestoras de salud posiblemente los dineros que les adeudan al sistema de salud no sean cancelados y el estado podría no responder por dichos recursos. Actualmente muchos hospitales están prácticamente en la quiebra y no tienen recursos por cuenta de las deudas que tienen las EPS, lo que repercute en la atención a los pacientes y por ende en la no autorización de procedimiento y atención medica de calidad.

La desconfianza que tiene la población hacia nuestra actual sistema de salud ha creado un marco de indiferencia e incredulidad hacía esta nueva reforma, así mismo, los medios de comunicación se han encargado de divulgar interpretaciones sobre la reforma entre esto la abolición de la tutela, comentarios como “la reforma acabara con la medicina en Colombia”.

La descentralización del sistema acarrearía a que las gestoras de salud tengan tanta autonomía y libertad que podría repercutir en una mayor corrupción y por ende los recursos podrían no seguir la logística propuesta dentro de la reforma no llegando a cubrir el déficit en cobertura en salud y logrando una complicación mayor del sistema de salud.

Finalmente es importante analizar más a fondo los puntos propuestos en la reforma a la salud, que se conozca qué planes tiene el gobierno sobre este derecho y evaluar si en realidad es posible brindarle a la ciudadanía toda la atención y cobertura originalmente propuesta, desde el año 1993.

Conclusiones

Dentro del contexto expuesto por el modelo actual y la nueva reforma existen varias inconsistencias, se cambia el nombre de la EPS que tanto daño le ha hecho a la salud en Colombia, por “gestoras de salud” que a la final vendría a ser el mismo ente administrativo pero con diferente nombre, el cual, aglomeraría la atención del contributivo como del subsidiado, además de coordinar la planeación y autorización para la organización de las futuras redes de servicios que atenderán a la población.

Por otra parte como es visto en la actualidad los entes de control del Estado que se encargan de la vigilancia de los dineros públicos destinados a la salud han tomado acciones sobre algunas de las grandes EPS del estado por desviación y malversación de fondos, este es el caso de Caprecom y Saludcoop; con esta nueva reforma los dineros públicos después de salir de la entidad que reemplaza el Fosyga llamada Salud Mía, se convertirán en dineros privados perdiendo el estado la jurisdicción para la vigilancia de los fondos públicos asignados a la prestación de salud. En conclusión después de aprobada la nueva reforma el estado perdería la jurisdicción donde posiblemente estas acciones sean retroactivas, lo que dejaría a un lado las investigaciones actuales a las EPS que han cometido los grandes desfalcos y si los recompensaría otorgándole mayor autonomía sobre el dinero de estado.

Se le desvuelve la jurisdicción a los entes territoriales para el manejo de las enfermedades en la población y el recobro al estado por las epidemias en departamentos y municipios.

Una de las grandes proezas de la reforma es la abolición de la tutela, siendo este el único mecanismo utilizado por los ciudadanos para hacer valer sus derechos establecidos en la constitución política, a partir de ahí entrara a criterio de las mesas administrativas del nuevo sistema el otorgar o no un servicio.

Con base en los antecedentes tratados a través de este ensayo y de acuerdo a la nueva concepción promulgada en la nueva reforma, se evidencia la perdida de la concepción de derecho esencial establecido a través de la constitución política pasando el derecho a la salud a ser un servicio público más como lo es agua, el gas, etc., de allí a que debemos formar un pensamiento más crítico y no dejemos que se sigan cometiendo atropellos a una población que solo exige su derecho al bienestar.



Bibliografía

- Arbeláez, P. (2013). *Propuesta Reforma de Salud en Colombia*. Presentación llevada a cabo en la Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- Cardona, J., Hernández, A. & Yepes, F. (2005). La reforma a la seguridad social en salud en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 81 - 99. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/viewFile/2749/2022>
- DANE. 2013. *Encuesta nacional de calidad de vida 2012*. Comunicado de prensa. Recuperado de http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/cp_ECV_2012.pdf
- Fernández C. & Perilla S. (2010, 25 de febrero). La falta de especialistas arrincona al sistema de salud del país. *El Tiempo*. Recuperado de http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/BibliotecaDiseno/Archivos/actualidad/la_falta_deespecialistas.pdf
- Franco, S. (2012). Entre los negocios y los derechos. *Revista Cubana de Salud Pública*. 39(2) 268-284. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v39n2/spu08213.pdf>
- Gossaín, J. (2012, 13 de febrero). En Colombia es más barato un ataúd que un remedio. *El Tiempo*. Recuperado de http://www.eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-11131061.html
- Gossaín, J. (2013, 08 de mayo). Esto dice la letra menuda del proyecto de reforma de la salud. *El Tiempo*. Recuperado de http://www.eltiempo.com/politica/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-12787303.html

Guerrero, R., Gallego, A., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud pública de México*. Vol. 53, suplemento 2, S144 - S155. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/10.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2012). *¿Cuál es la enfermedad que causa más muertes en el mundo?* Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/18/es/>

República de Colombia. *Ley 100 de 1993. Sistema de Seguridad Social Integral*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

República de Colombia. *Constitución Política de Colombia 1991*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>

Rodríguez, S. (Junio, 2010). Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Trabajo de Investigación. Departament d'Economia Aplicada Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado de <http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebreerca/Srodriguez.pdf>

