



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

ENSAYO ACADÉMICO SOBRE EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA: DESDE LA PLANIFICACIÓN DE SALUD PÚBLICA HASTA LA PANDEMIA DE COVID-19

ACADEMIC ESSAY ON THE HEALTH SYSTEM OF COLOMBIA: FROM PUBLIC HEALTH PLANNING TO THE COVID-19 PANDEMIC

ENSAIO ACADÊMICO SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE DA COLÔMBIA: DESDE A PLANIFICAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA ATÉ OS DESAFIOS ATÉ A PANDÊMIA DE COVID-19

Priscila Castro Cordeiro Fernandes¹, Gerusa Tomáz Faria², Mario Angelo Cenedesi Junior³, Arlete do Monte Massela Malta⁴, Grazielli Meneses Brito⁵, Dione Francisca dos Santos⁶, Silvia Elena Vouillat⁷

e432971

<https://doi.org/10.47820/recima21.v4i3.2971>

PUBLICADO: 03/2023

RESUMEN

Colombia está ubicada en América del Sur y su capital es la ciudad de Bogotá. Con más de 50 millones de habitantes, presenta uno de los más bien establecidos sistemas de salud de la América del sur y bien respetado en el mundo, pero en la práctica presenta muchos retos. El gasto sanitario corresponde aproximadamente al 17% del proyecto presupuestario y al 3,9% del PIB. Asimismo, subsisten fallas y quejas en la prestación de los servicios. Hay una tensión permanente entre pagadores y prestadores. Una mejor regulación y una supervisión más efectiva de los actores públicos y privados que participan en el sistema continúan siendo retos fundamentales. En abril de 2020, la cobertura de salud cubría al 95% de la población colombiana, con un 43% asociado al sistema contributivo, destinado a los trabajadores formales del sector y sus familias o poblaciones con capacidad de pago. Mientras tanto, el sistema de salud colombiano enfrenta una crisis de sostenibilidad financiera y, considerando la presión inherente a la innovación en el área de la salud, el gobierno colombiano desarrolla mecanismos regulatorios para controlar el costo de los medicamentos, enfocándose en la fijación de sus precios y, más recientemente, en negociaciones centralizadas y compras.

PALABRAS CLAVE: Sistema de salud. Colombia. Salud pública. COVID-19. Retos en salud.

¹ Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia. Mestre pelo Programa de Pós Graduação em Imunologia e Parasitologia Aplicadas - PPIPA pela Universidade Federal de Uberlândia. Especialista em Gestão de Serviços de Saúde, Saúde da Família e Saúde do trabalhador pela FAVENI. Doutoranda em Saúde Pública pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Argentina. Enfermeira assistencial/gestora e docente do ensino superior.

² Enfermeira pelo Centro Universitário do Triângulo Mineiro – UNITRI. Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – PPGAT pela Universidade Federal de Uberlândia – UFU; Especialista em Apoio em Saúde pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP; Especialista na Saúde da Pessoa Idosa pela UNA SUS – RJ; Pós-graduanda Lato Sensu - Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia pelo Instituto Passo 1; Pós-graduanda Lato Sensu – Saúde da Família pela Universidade Federal de Uberlândia – UFU; Pós-graduanda Lato Sensu – Desenvolvimento gerencial de Unidades Básicas de Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia – UFU; Pós-graduanda - MBA Qualidade em Saúde: Gestão e Acreditação pela Faculdade Paulista de Desenvolvimento da Medicina – SPDM. Pós-graduanda em Cuidados Paliativos na Atenção Primária pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein; Doutoranda em Saúde Pública pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Argentina.

³ Médico pelo Centro Universitário Barão de Mauá. MBA em Gestão em Saúde pela Universidade de São Paulo. MBA em História da Arte pela Universidade Estácio. Pós-graduado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Universidade Estácio. Pós-graduando em História das Religiões pela Universidade Cruzeiro do Sul. Pós-graduando em Cuidados Paliativos e Terapia da Dor pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Doutorando direto em Saúde Pública pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Argentina. Médico do primeiro nível de atenção à Saúde e médico visitador diarista do Hospital de Cuidados Prolongados de Casa Branca.

⁴ Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC), Pós-graduada em Colposcopia e Patologia do Trato Genital Inferior pelo Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC), Pré-Natal de Alto Risco pela UMC, Direito Médico e Perícias Criminais pela Faculdade Verbo Educacional, Direito Sanitário pelo Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA) em parceria com o Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês (IEP- SL), Perícias Médicas e Medicina Legal pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), Pós Graduanda em Direito Sanitário para trabalhadores do SUS com ênfase na judicialização da saúde pelo Hospital do Coração (HCor), Doutoranda em Saúde Pública pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES).

⁵ Odontóloga graduada pela Universidade Federal de Sergipe- UFS, Especialista em Ortodontia pelo Centro de Aperfeiçoamento Profissional - CAP/Faculdades Unidas do Norte de Minas. Aperfeiçoamento em Ortodontia no Instituto de Atendimento e Estudos Odontológicos do Nordeste (IDENT) - AL, Pós graduação em Atenção e Cuidado da Saúde Bucal de Pessoas com Deficiência - UNA-SUS, Odontóloga da Sociedade Especializada em Atendimento ao Fissurado do Estado de Sergipe, (SEAFESE), Odontóloga do Programa de Saúde da Família do município de Itaporanga d'Ajuda - SE, Membro da Comissão de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais do Conselho Regional de Odontologia de Sergipe, Doutoranda em Saúde Pública pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES).

⁶ Bacharel em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL); Especialista em Enfermagem do trabalho pelo Centro Universitário UNINTER/AL; Especialista em Urgência, Emergência e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pela Universidade Tiradentes/AL; e, Especialista em Saúde Coletiva pelo Centro Universitário Faveni. Enfermeira Assistencial da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) José Rodrigues na cidade de Manaus/AM. Pós-Graduanda de Enfermagem em Nefrologia pelo Centro Universitário Faveni e Doutoranda em Saúde Pública pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES).

⁷ Professora-doutora da Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), Buenos Aires-Argentina; doutora em Saúde Pública, com menção em Sistemas e Serviços de Saúde, pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), Buenos Aires-Argentina.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ENSAYO ACADÉMICO SOBRE EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA: DESDE LA PLANIFICACIÓN DE SALUD PÚBLICA HASTA LA PANDEMIA DE COVID-19
Priscila Castro Cordeiro Fernandes, Gerusa Tomáz Faria, Mario Angelo Cenedesi Junior, Arlete do Monte Massela Malta, Grazielli Meneses Brito, Dione Francisca dos Santos, Sílvia Elena Vouillat

ABSTRACT

Colombia is located in South America and the capital is the city of Bogotá. With more than 50 million inhabitants, it presents one of the most well-established health systems in South America and well-respected in the world, but in practice it presents many challenges. Health spending corresponds to approximately 17% of the budget project and 3.9% of GDP. Likewise, there are still failures and complaints in the provision of services. There is a permanent tension between payers and providers. Better regulation and more effective supervision of the public and private actors that participate in the system continue to be fundamental challenges. In April 2020, health coverage covered 95% of the Colombian population, with 43% associated with the contributory system, aimed at formal workers in the sector and their families or populations with the ability to pay. Meanwhile, the Colombian health system faces a crisis of financial sustainability and, considering the inherent pressure for innovation in the health area, the Colombian government develops regulatory mechanisms to control the cost of medicines, focusing on setting their prices. prices and, more recently, in centralized negotiations. and shopping.

KEYWORDS: Health system. Colombia. Public health. COVID-19. Health challenges.

RESUMO

A Colômbia está localizada na América do Sul e a capital é a cidade de Bogotá. Com mais de 50 milhões de habitantes, apresenta um dos sistemas de saúde mais bem estabelecidos da América do Sul e respeitado no mundo, mas na prática apresenta muitos desafios. Os gastos com saúde correspondem a aproximadamente 17% do projeto orçamentário e 3,9% do PIB. No entanto, ainda existem falhas e reclamações na prestação de serviços. Há uma tensão permanente entre pagadores e provedores. Uma melhor regulamentação e uma supervisão mais eficaz dos atores públicos e privados que participam do sistema continuam sendo desafios fundamentais. Em abril de 2020, a cobertura de saúde cobria 95% da população colombiana, sendo 43% associada ao sistema contributivo, destinada aos trabalhadores formais do setor e suas famílias ou populações com capacidade de pagamento. Enquanto isso, o sistema de saúde colombiano enfrenta uma crise de sustentabilidade financeira e, considerando a pressão inerente à inovação na área da saúde, o governo colombiano desenvolve mecanismos regulatórios para controlar o custo dos medicamentos, focando na fixação de seus preços e, mais recentemente, em negociações centralizadas e compras.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema de saúde. Colômbia. Saúde pública. COVID 19. Desafios em saúde.

INTRODUCCIÓN

Este estudio es un ensayo sobre el Sistema de Salud de Colombia.

Colombia está ubicada en América del Sur y su capital es la ciudad de Bogotá. Es atravesado por el Pacífico Norte y el Mar Caribe, además de ser atravesado por la Cordillera de los Andes. Tiene un clima ecuatorial, tropical y montañoso, obtuvo la independencia en 1810, y hoy el país es una república presidencial. Su idioma oficial es el español y tiene una división administrativa de 32 departamentos y un distrito capital.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

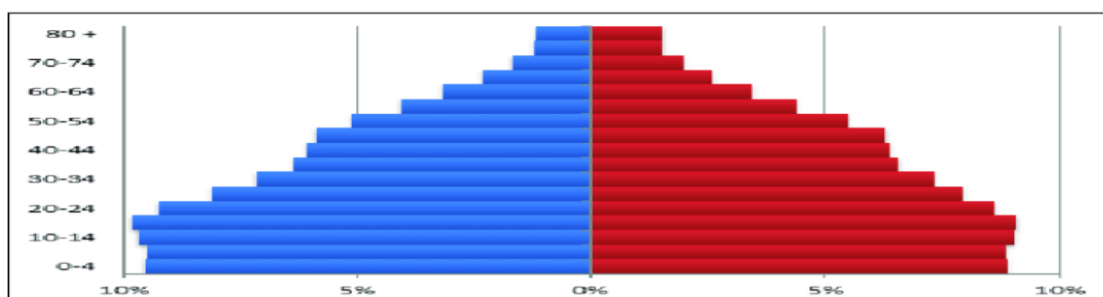
ENSAYO ACADÉMICO SOBRE EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA: DESDE LA PLANIFICACIÓN DE SALUD PÚBLICA HASTA LA PANDEMIA DE COVID-19
Priscila Castro Cordeiro Fernandes, Gerusa Tomáz Faria, Mario Angelo Cenedesi Junior, Arlete do Monte Massela Malta, Grazielli Meneses Brito, Dione Francisca dos Santos, Sílvia Elena Vouillat



Fuente: Google

Según datos de Naciones Unidas, en 2022 cuenta con aproximadamente 51.266.000 habitantes, siendo el segundo país más poblado de Sudamérica y el 28 del mundo, con una baja tasa de crecimiento poblacional anual de solo 0,59% y un Producto Interno Bruto (PIB): US\$ 351,28 mil millones. A pesar de que el número de nacimientos es casi el doble del número de muertes, el intenso movimiento de emigración hace que la población del país crezca a un ritmo lento.

Colombia es un país mayoritariamente urbano que tiene algunos obstáculos en la infraestructura que atiende a su población en las ciudades y en las zonas rurales. Datos de la ONU indican que el 80,5% de los habitantes de los centros urbanos actualmente tienen acceso a fuentes de agua potable, cifra ligeramente inferior a la de principios de la década de 2010, que era del 81,4%.



Pirámide poblacional contemporánea: Colombia 2012. Edad en quinquenios, mujeres en rojo. Fuente [2].

Los siguientes indicadores se refieren al año 2022, como fuente: Banco Mundial:

Indicadores Demográficos

Estructura de la población - Estimaciones para 2022	Número	Porcentaje
Población total	51.609.474	100
Población urbana	39.387.688	76,32
Población rural	12.221.786	23,68
Población femenina	26.442.213	51,24
Población masculina	25.167.261	48,76
Población menor de 15 años	11.841.079	22,94
Población de 65 años y más	5.103.168	9,89
Población adolescente entre 15 y 19 años	4.063.544	7,87
Población de mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años	13.574.980	26,30
Tasa de crecimiento promedio anual de la población		0,93
Razón de masculinidad (a)		95,18



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR

ISSN 2675-6218

ENSAYO ACADÉMICO SOBRE EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA: DESDE LA PLANIFICACIÓN DE SALUD PÚBLICA HASTA LA PANDEMIA DE COVID-19
Priscila Castro Cordeiro Fernandes, Gerusa Tomáz Faria, Mario Angelo Cenedesi Junior, Arlete do Monte Massela Malta, Grazielli Meneses Brito, Dione Francisca dos Santos, Sílvia Elena Vouillat

Dinámica de la población – 2022	Tasa
Tasa global de fecundidad por muje	1,85
Estimación de nacimientos	755.826
Tasa bruta de natalidade	14,76
Tasa bruta de mortalidade	6,28
Estimación de defunciones	321.506
Esperanza de vida al nacer total	76,89
Esperanza de vida al nacer hombres	73,80
Esperanza de vida al nacer mujeres	80,13
Tasa de migración neta	0,86

Indicadores Socioeconómicos

Nivel educativo	Porcentaje
Tasa de analfabetismo en población de mayores de 15 años	4,4
Cobertura neta de niños de 6 a 10 años con educación básica primaria	88,82
Cobertura neta de niños de 11 a 14 años con educación básica secundaria	79,41
Cobertura neta de adolescentes de 15 a 16 años con educación media	46,91
Años promedio de educación para la población de 15 años y más	9,3
Producto Interno Bruto* (miles de millones de pesos, a precios corrientes)	1.002.922 pr
Tasa de crecimiento anual del PIB	6,8 pr
Proporción de población bajo línea nacional de pobreza	42,5
Proporción de población bajo línea nacional de pobreza extrema	15,1
Coefficiente de Gini	0,544
Tasa de desempleo Total	11
Inflación: Crecimiento anual del índice de precios al consumidor	5,62
Índice de Desarrollo Humano	0,767
Índice de pobreza multidimensional	18,1
Porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas	14,13

Indicadores de Mortalidad

Indicadores	Tasa
Mortalidad general	5,97
Mortalidad general en hombres	6,97
Mortalidad general en mujeres	5,02
Mortalidad por enfermedad laboral o accidente de trabajo acumulado	5,63
Razón de mortalidad materna a 42 días	65,78
Mortalidad infantil bruta (por 1.000 n.v.)	10,12
Mortalidad infantil estimada/ajustada (por 1.000 n.v.)	16,79
Mortalidad perinatal bruta	14,95
Mortalidad neonatal bruta	6,78
Mortalidad pos-neonatal bruta (de 28 días a 1 año)	3,41

Indicadores de Morbilidad

Enfermedades transmisibles de notificación obligatoria	Casos
IPA (Tasa por 100.000 habitantes de población a riesgo de malaria)	80.693
Dengue (Tasa por 100.000 habitantes de población a riesgo de dengue)	76.419
VIH/SIDA (por 100.000 habitantes)	12.528
Tuberculosis (por 100.000 habitantes)	9.593



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ENSAYO ACADÉMICO SOBRE EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA: DESDE LA PLANIFICACIÓN DE SALUD PÚBLICA HASTA LA PANDEMIA DE COVID-19
Priscila Castro Cordeiro Fernandes, Gerusa Tomáz Faria, Mario Angelo Cenedesi Junior, Arlete do Monte Massela Malta, Grazielli Meneses Brito, Dione Francisca dos Santos, Sílvia Elena Vouillat

DESARROLLO

La historia normativa y el Sistema de Salud

El sistema de salud es considerado uno de los mejores de América Latina y es respetado internacionalmente, al estar conformado por dos sectores que conviven a favor de la salud de todos los colombianos, el régimen subsidiado, que corresponde a lo gratuito, y el régimen contributivo, que corresponde a la sanidad privada.

La Constitución de 1991 incorporó el Estado Social de derecho y garantizó el acceso universal a la seguridad social. Actualmente existen 3.620 hospitales y clínicas con un total de 74.082 camas, el 75% de las cuales son hospitales públicos. Territorialmente, la desigualdad se extiende a la dotación de infraestructura y capacidades médicas. Por ejemplo, 5 de los 30 departamentos en que se divide el país no cuentan con camas de cuidados intensivos. Y, donde están, menos del 10% cuentan con infraestructura de bioseguridad, según datos del Registro de Prestadores de Servicios de Salud. Esta desigualdad se ha visto reflejada en la gestión de la pandemia del COVID-19.

El Fondo de Solidaridad y Garantía, a partir de 2017 nombrado Administrador de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, se encarga de promover beneficios para toda la población y tiene como objetivo cubrir integralmente los gastos que tienen los ciudadanos colombianos con la salud, depende del Ministerio de la Protección Social del Gobierno de Colombia y su administración, aunque también comparten este rol otras entidades prestadoras de servicios de salud, con el objetivo de optimizar los recursos del Estado.

Entidades Promotoras de Salud (EPS) - organizan y garantizan la correcta prestación de dos servicios de salud, inscritos en el Plan Obligatorio de Salud, con EPS contributiva y EPS subsidiada. Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) - responsable de la correcta gestión del servicio de salud de dos beneficiarios, cubriendo todas sus necesidades médicas, pago por parte del empleador. Para los trabajadores independientes, los aportes al régimen contributivo de salud son 12,5% del 40% de sus ingresos, con un mínimo de un salario mínimo. Para los empleados en microempresas de menos de dos trabajadores o que hacen parte del llamado 'régimen tributario especial' (en su mayoría empresas o instituciones de salud, educación, ONGs y fundaciones sin ánimo de lucro), el aporte es 8,5% a cargo del empleador y 4% a cargo del trabajador para una tasa efectiva de 12,5%.

Para trabajadores en empresas de dos o más trabajadores, los aportes son del 4% a cargo del trabajador hasta 10 salarios mínimos. En la literatura se encuentra que dependiendo de la zona y del proveedor del servicio, la calidad de la oferta es muy diferente.

Idealmente, la totalidad de los costos de la seguridad social en salud debería ser cubierto con impuestos generales, no con contribuciones sobre el trabajo. Sin embargo, esto no es factible por limitaciones fiscales (y por la reducida base de contribuyentes en el impuesto de la renta de las personas).



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ENSAYO ACADÉMICO SOBRE EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA: DESDE LA PLANIFICACIÓN DE SALUD PÚBLICA HASTA LA PANDEMIA DE COVID-19
Priscila Castro Cordeiro Fernandes, Gerusa Tomáz Faria, Mario Angelo Cenedesi Junior, Arlete do Monte Massela Malta, Grazielli Meneses Brito, Dione Francisca dos Santos, Sílvia Elena Vouillat

El sistema de salud colombiano se basa en el principio de “universalidad”, lo que significa que todos los residentes están obligados a suscribirse a uno de los regímenes de aseguramiento existentes: un plan contributivo para trabajadores asalariados y autónomos con capacidad contributiva, o un régimen subsidiado (no contributiva) para trabajadores asalariados de la economía informal y autónoma de bajos ingresos.

Así, como hablado anteriormente, el Sistema de Salud Colombiano se estructura en dos Regímenes, el Contributivo (RC) y el Subsidiado (RS), en el primero se encuentran las personas que aportan dinero a través de su contrato de trabajo, o de manera independiente. Y en el segundo, las ayudas de Estado. Las personas afiliadas a la RC son atendidas por las Empresas Promotoras de Salud (EPS), y las de la RS son atendidas por las Administradas del Régimen Subsidiado (ARS). Ambos regímenes tienen acceso al Plan Obligatorio de Salud (POS).

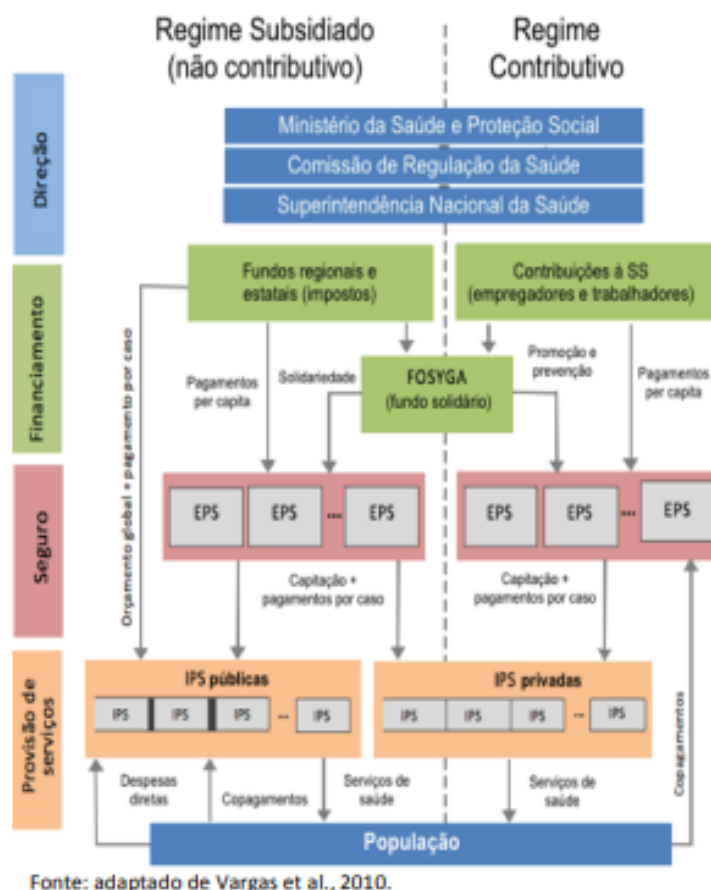
Las personas inscritas tanto en el Régimen Subsidiado como en el Contributivo tienen derecho a las mismas prestaciones. El Plan Obligatorio de Salud (POS) define un único plan o paquete de servicios, constituido por intervenciones dirigidas a la promoción de la salud, prevención y atención médica, incluyendo medicamentos para las personas inscritas y sus familias. El POS también incluye beneficios en efectivo por licencia por enfermedad o licencia por maternidad. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), en su rol de aseguradoras, deben velar por que los residentes puedan disfrutar de los derechos que les confiere el POS.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ENSAYO ACADÉMICO SOBRE EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA: DESDE LA PLANIFICACIÓN DE SALUD PÚBLICA HASTA LA PANDEMIA DE COVID-19
Priscila Castro Cordeiro Fernandes, Gerusa Tomáz Faria, Mario Angelo Cenedesi Junior, Arlete do Monte Massela Malta, Grazielli Meneses Brito, Dione Francisca dos Santos, Sílvia Elena Vouillat

SISTEMA COLOMBIANO DE SEGURANÇA SOCIAL EM SAÚDE



FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía) es la entidad encargada de promover los beneficios del Sistema de Seguridad Social y Salud para toda la población de Colombia hasta 2017. Su objetivo es cubrir en su totalidad los gastos que tienen los ciudadanos colombianos con la salud, reflejando así el gran porcentaje de la población que cuenta con asistencia médica gratuita en este país.

Marca reglamentaria

Constitución Nacional vigente: 1991

“Estado social de derecho, organizado bajo la forma de república unitaria y descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto a la dignidad humana, el trabajo y la solidaridad de las personas que la componen y en la prevalencia de interés general.” (Artículo 1 Constitución, 1991).



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ENSAYO ACADÉMICO SOBRE EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA: DESDE LA PLANIFICACIÓN DE SALUD PÚBLICA HASTA LA PANDEMIA DE COVID-19
Priscila Castro Cordeiro Fernandes, Gerusa Tomáz Faria, Mario Angelo Cenedesi Junior, Arlete do Monte Massela Malta, Grazielli Meneses Brito, Dione Francisca dos Santos, Sílvia Elena Vouillat

El artículo 48 de la Constitución define la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio y como derecho indispensable de los habitantes, que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Artículo 49: “La salud y el saneamiento son servicios públicos a cargo del Estado. Todas las personas tienen garantizado el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y regular la prestación de los servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental de acuerdo con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Además, establecer políticas para la prestación de servicios de salud por parte de las entidades privadas y ejercer su vigilancia y control. Asimismo, establecer las competencias de la Nación, de las entidades territoriales y de los particulares y determinar las contribuciones que deban hacerse en los términos y condiciones que establezca la ley. Los servicios de salud se organizarán de manera descentralizada, por niveles de atención y con participación comunitaria. La ley debe establecer los términos en que la asistencia básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Todo individuo tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

El sistema colombiano de seguridad social en salud fue creado en 1993 mediante la **Ley No. 100. En 2007** se aprobó una reforma legal con el objetivo de mejorar las funciones de gestión, el financiamiento, la estabilidad financiera y la calidad de los servicios. En 2011 se llevaron a cabo otras reformas para crear un POS único para todos los residentes (el POS anterior ofrecía menores beneficios en el Régimen Subsidiado), lograr la cobertura universal y asegurar la portabilidad territorial de los beneficios.

En el año 2015 se promulgó la **Ley Estatutaria N° 1751**, que regula el derecho fundamental a la salud de todos los ciudadanos, alineando al Ministerio de Salud y Protección Social a realizar reformas significativas en el sistema general de seguridad social en salud, dentro de las cuales se destacan las eliminaciones de la diferencia entre el Plan Obligatorio de Salud (POS) tanto contributivo como subsidiado, así como la creación de una Política Farmacológica Nacional, entre otras disposiciones.

El gasto sanitario en Colombia

El gasto sanitario corresponde aproximadamente al 17% del proyecto presupuestario y al 3,9% del PIB. Entre ellas figuran:

- Cuotas patronales para la salud de los servidores públicos de las entidades que integran el presupuesto, inscritos en el régimen contributivo del Régimen General de Seguridad Social;
- Afiliación de la población pobre al Régimen Subsidiado;



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ENSAYO ACADÉMICO SOBRE EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA: DESDE LA PLANIFICACIÓN DE SALUD PÚBLICA HASTA LA PANDEMIA DE COVID-19
Priscila Castro Cordeiro Fernandes, Gerusa Tomáz Faria, Mario Angelo Cenedesi Junior, Arlete do Monte Massela Malta, Grazielli Meneses Brito, Dione Francisca dos Santos, Sílvia Elena Vouillat

- Prestación de servicios a la población pobre no cubierta por el Régimen Subsidiado atendida en hospitales públicos;
- Atención a víctimas de sucesos catastróficos y accidentes de tráfico;
- Financiación de planes y programas de salud pública destinados a la promoción y prevención de planes de salud e inmunización de la población, especialmente de los niños.
- Investigación, seguimiento y vigilancia en materia de prestaciones sanitarias y de enfermedad, lepra y otras.

El Sistema de Salud de Colombia y la Pandemia de Covid-19

En Colombia la mayor parte de los casos iniciales de coronavirus provinieron de España y Estados Unidos, con inicio en la primera semana de marzo 2020 y ha llegado en medio de una gran inestabilidad sociopolítica, tras las protestas masivas contra el gobierno en noviembre y diciembre de 2019 - producto de la bajada en los precios del petróleo y la desaceleración económica regional y la realidad de una desigualdad estructural.

La gestión de la crisis en Colombia se inició con el debate sobre las diferencias de criterio entre el gobierno central y los gobiernos locales, un choque de niveles no muy habitual en un país centralizado y presidencialista. Algunos alcaldes decretaron tempranamente el toque de queda en sus municipios. Sin embargo, quedaron suspendidos cuando el gobierno adoptó, el 18 de marzo, un decreto que establecía que las disposiciones de orden público de las autoridades regionales y locales debían estar previamente coordinadas con las instrucciones del presidente de la República.

Se percibe que hubo un juego político entre políticos que pugnan por proyectar su liderazgo y que puede definir el futuro electoral.

Indicadores sanitarios en la Pandemia

Los indicadores sanitarios de salud de Colombia son más bajos que el promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), pero mejores que los de sus vecinos latinoamericanos. Gozan de buena salud si cumplen con el nivel de cobertura -el más alto de América Latina con un 95 por ciento- y gastos médicos. Según los datos del Ministerio de Sanidad, suponen el 13% del gasto estatal, lo que corresponde a unos 297 euros por persona por año.

El sistema cuenta con 2,2 médicos por cada 1.000 habitantes y aproximadamente 5.500 camas de cuidados intensivos. Sin embargo, existen grandes diferencias en el acceso y la calidad entre las distintas partes del país y entre los usuarios dependiendo de si su sistema de atracción es pagado o subsidiado.

La situación de los trabajadores de la salud tampoco es óptima, y los retrasos en el pago de salarios ya se acumulaban en varios sectores incluso antes de la pandemia. Mientras tanto, gran parte del país enfrenta una epidemia de dengue, con más de 160.000 casos reportados entre enero de 2019 y mediados de febrero de 2020, según los Institutos Nacionales de Salud.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ENSAYO ACADÉMICO SOBRE EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA: DESDE LA PLANIFICACIÓN DE SALUD PÚBLICA HASTA LA PANDEMIA DE COVID-19
Priscila Castro Cordeiro Fernandes, Gerusa Tomáz Faria, Mario Angelo Cenedesi Junior, Arlete do Monte Massela Malta, Grazielli Meneses Brito, Dione Francisca dos Santos, Sílvia Elena Vouillat

En pandemia, las autoridades locales han criticado la falta de coordinación con el gobierno central en la adquisición de los recursos necesarios, aparte de que estos ya escaseaban en algunos departamentos, como en Guajira, otro de los más pobres del país.

A medida que avanzó la crisis, en las ciudades del país surgió un sistema informal para indicar si alguien estaba pasando hambre: se colgaba un paño rojo de la ventana para avisar a los vecinos de que se necesitaba ayuda.

Según datos de la Universidad de los Andes, siete de cada diez trabajadores no contribuyen al sistema de seguridad social por la informalidad y la tasa de pobreza multidimensional es del 19,6%, y la de pobreza monetaria es del 27%, siendo especialmente intensa en departamentos como Guainía, con un 65%; Guajira, con un 51,4%; o el Chocó, con un 45,1%.

Como parte del bloqueo se creó un nuevo sistema de transferencias, pero existen programas de transferencias para combatir la pobreza estructural, como Familias en Acción, Prefeitos de Colombia y Colombia Joven, que atienden a alrededor de 12 millones de personas. Todas las personas cubiertas por estos planes también están cubiertas por el régimen subsidiado de salud. Además, los programas (nuevos y existentes) llegan a 6 millones de familias, pero los datos sugieren que el número de familias vulnerables podría llegar a 10 millones.

La estructura económica se ha visto fuertemente afectada por los efectos de la crisis internacional y las medidas macroeconómicas se tomaron rápidamente para enfrentar la emergencia, al menos en el corto plazo. El Banco de la República, en su habitual sensatez, activó medidas extraordinarias y compró en firme bonos de intermediarios privados y bonos gubernamentales en el mercado secundario. El gobierno creó el Fondo de Mitigación de Emergencias, para el manejo extraordinario de recursos.

Sin embargo, no está claro cómo ha afectado la pandemia al narcotráfico, no hay evidencia de un aumento en el precio de la cocaína en los mercados de Estados Unidos y Europa. Ante la crisis del COVID-19, es necesario repensar la política antidrogas, teniendo en cuenta que también impacta en el hacinamiento carcelario, porque las cárceles son uno de los focos más preocupantes de contagio.



Fuente: Organización Mundial de Salud, 2023



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ENSAYO ACADÉMICO SOBRE EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA: DESDE LA PLANIFICACIÓN DE SALUD PÚBLICA HASTA LA PANDEMIA DE COVID-19
Priscila Castro Cordeiro Fernandes, Gerusa Tomáz Faria, Mario Angelo Cenedesi Junior, Arlete do Monte Massela Malta, Grazielli Meneses Brito, Dione Francisca dos Santos, Sílvia Elena Vouillat

CONCLUSION

Colombia tiene un modelo de salud que, como la mayoría de los dos modelos defendidos en el mundo, en teoría lo tendría todo para convertirse en un modelo de asistencia universal, pero en la práctica no es así. En abril de 2020, la cobertura de salud cubría al 95% de la población colombiana, con un 43% asociado al sistema contributivo, destinado a los trabajadores formales del sector y sus familias o poblaciones con capacidad de pago.

Mientras tanto, el sistema de salud colombiano enfrenta una crisis de sostenibilidad financiera y, considerando la presión inherente a la innovación en el área de la salud, el gobierno colombiano desarrolla mecanismos regulatorios para controlar el costo de los medicamentos, enfocándose en la fijación de sus precios y, más recientemente, en negociaciones centralizadas. y compras.

Por eso llegué a la conclusión de que Colombia no solo tiene un problema de recursos, sino también de capacidad para atender a los más necesitados. Las autoridades deben abordar la gestión de crisis y la planificación en un país masivamente urbano.

Este estudio permitió entender un sistema diferente al que conocemos en nuestro país, o ITS, por lo que creemos que ambos países tienen sistemas de salud que comparten principios y que fueron reformados en la década de 1990, pero están organizados de diferentes maneras, y nos enfrentamos al mismo problema, a saber, la financiación insuficiente de un área tan crítica y esencial.

Se concluye que en Colombia no es solo un problema de recursos, sino de la capacidad de llegar a los más necesitados. Las autoridades tienen que afrontar la gestión y planificación de la crisis en un país masivamente urbano.

Aún, ante el escenario económico y estructural del país ante la pandemia de la Covid-19, incluyendo un dengue endémico, el país respondió con dificultades, empeorando su situación. Continuó la falta de atención equitativa y se desarrolló la diferencia económica, además de intensificarse el narcotráfico y la pobreza.

REFERENCIAS

BARÓN-LEGUIZAMÓN, G. Gasto nacional en salud en Colombia 1993- 2003: composición y tendencias. *Rev Salud Pública*, v. 9, n. 2, p. 167-179, 2007. [Consultado el 3 de septiembre de 2010]

CASTAÑO, R. A.; ARBELÁEZ, J. J.; GIEDIÓN, Ú.; MORALES, G. **Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud**. Cepal. Santiago de Chile: Unidad de Estudios Especiales, 2001.

CÉSPEDES, J. E.; JARAMILLO, I.; MARTÍNEZ, R.; OLAYA, S.; REYNALES, J.; URIBE, C.; CASTAÑO, R. A.; GARZÓN, E.; ALMEIDA, C.; TRAVASSOS, C.; BASTO, F.; ANGARITA, J. Efectos de la reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. *Rev Salud Pública* (Bogotá), v. 2, n. 2, p. 145-164, 2000.

COLÔMBIA. Características da Colômbia. **Brasil Escola**, S. d. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/geografia/colombia.htm>



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ENSAYO ACADÉMICO SOBRE EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA: DESDE LA PLANIFICACIÓN DE SALUD PÚBLICA HASTA LA PANDEMIA DE COVID-19
Priscila Castro Cordeiro Fernandes, Gerusa Tomáz Faria, Mario Angelo Cenedesi Junior, Arlete do Monte Massela Malta, Grazielli Meneses Brito, Dione Francisca dos Santos, Sílvia Elena Vouillat

COLOMBIA. **Ley Estatutaria No. por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.** El Congreso de Colombia decreta: capítulo 1. (s. d.). https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

ESPITIA, J. E. La financiación del sistema de seguridad social en salud. **Economía Colombiana**, v. 330, p. 9-17, 2010.

FLÓREZ, C.; SOTO, V.; ACOSTA, O.; CLAUDIO, K.; MISAS, J.; FORERO, N. *et al.* **Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano.** Bogotá: Fundación Corona, Departamento Nacional de Planeación, Universidad del Rosario, Universidad de los Andes, 2007.

GAVIRIA, A.; PALAU, M. D. Nutrición y salud infantil en Colombia: determinantes y alternativas de política. **Coyuntura Económica**, v. 36, n. 2, p. 36-49, 2006.

GUERRERO, R. Financiación de la afiliación universal a la seguridad social en salud: lecciones aprendidas de Colombia. **Bienestar y Política Social**, v. 4, n. 2, p. 81-105, 2008.

GUERRERO, R.; GALLEGO, A. I.; BECERRIL-MONTEKIO, V.; VÁSQUEZ, J. Sistema de salud de Colombia. **Salud Pública de México**, v. 53, supl. 2, 2011.

INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD. **Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad.** Rio de Janeiro: ISAGS, 2012. Disponible em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/816019/678763-sistemas-de-salud-en-america-del-sur.pdf>

OCAMPO, J. A. **Historia económica de Colombia.** 4. ed. Santafé de Bogotá: Tercer Mundo Editores, Fedesarrollo, 1994.

PINZÓN, E. R. Colombia impacto económico, social y político de la covid-19. [S. l.]: Fundación Carolina, s. d. <https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2020/04/AC-24.-2020.pdf>

RESTREPO, M. La reforma al financiamiento de la salud en Colombia. *In*: TITELMAN, D.; UTHOFF, A. **Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud.** Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económica & Cepal, 1999. Tomo II.

RUIZ, F.; MATAALLANA, M.; AMAYA, J. L.; VÁSQUEZ, M. E.; PARADA LA Y PIÑA, M. R. **Recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva.** Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, CENDEX, Ministerio de la Protección Social, 2008.

WHITEHEAD, M. **Los conceptos y principios de la equidad en la salud.** Colombia: Programa de Desarrollo de Políticas de Salud, 1991 (Serie Traducciones n^o. 1)

YEPES, F. J.; RAMÍREZ, M.; SÁNCHEZ, L. H.; RAMÍREZ, M. L.; JARAMILLO, I. **Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993.** Canadá: Mayol Ediciones, International Development Research Center (IDRC), 2010.