

La Gestión de la Salud Pública en Colombia: Avances y Desafíos

Diana Roció Paredes Pérez

Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD

Escuela de Ciencias Jurídicas y Políticas - ECJP

Especialización en Gestión Pública

Bogotá

2023

Página de Aceptación (opcional)

Fabio Alexander Figueroa Acevedo

Director Trabajo de Grado

Jurado

Jurado

Bogotá-2023

Dedicatoria

Dedico esta monografía a todos aquellos que día a día, de una forma u otra, contribuyen al desarrollo y mejora de la gestión de la salud pública en Colombia. A los profesionales de la salud, los líderes comunitarios, los investigadores, funcionarios gubernamentales y a la sociedad en su conjunto, cuyo compromiso y esfuerzo son esenciales para abordar los desafíos y avanzar hacia un sistema de salud más equitativo y eficiente. A mi familia y seres queridos, quienes me han apoyado a lo largo de este proyecto de grado, y a todos aquellos que comparten su conocimiento en línea, permitiendo que este trabajo sea posible. Que esta monografía contribuya al entendimiento de los desafíos y avances en la gestión de la salud pública en Colombia y sea un pequeño paso hacia un sistema de salud más justo y eficaz para todos.

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas e instituciones que han hecho posible la realización de esta monografía titulada "Gestión de la Salud Pública en Colombia: Avances y Desafíos", basada en información recopilada de diversas fuentes en internet. Sin sus valiosas contribuciones de estos recursos en línea, esta investigación no habría sido posible.

En primer lugar, deseo agradecer a mi asesor académico, Alexander Figueroa Acevedo, por su orientación y apoyo durante todo el proceso de investigación. Su experiencia y dirección han sido fundamentales para la elaboración de este trabajo, y su guía me ha ayudado a navegar a través de la extensa cantidad de información en línea de manera eficiente. Además, sus valiosos consejos y retroalimentación fueron fundamentales para dar forma a este trabajo y enriquecer su contenido.

Asimismo, deseo expresar mi gratitud a las múltiples fuentes en internet, que han proporcionado datos, informes, investigaciones y análisis cruciales para este estudio. La disponibilidad de esta información en línea ha sido esencial para obtener una visión completa de los avances y desafíos en la gestión de la salud pública en Colombia.

Por último, quiero rendir homenaje a mi familia por su apoyo incondicional a lo largo de mi educación y de esta investigación. Su constante aliento y respaldo han sido el motor que me han impulsado a llevar a cabo esta investigación de manera efectiva.

A todos ustedes, mi más profundo agradecimiento por ser parte de este viaje educativo y por contribuir a la realización de esta monografía. Espero que este trabajo pueda servir como una fuente de conocimiento útil y al entendimiento de la gestión de la salud pública en Colombia.

Resumen

La gestión de la salud pública en Colombia se centra en políticas y estrategias gubernamentales destinadas a salvaguardar la salud de la población, abarcando desde la atención médica hasta la prevención y respuesta ante emergencias de salud. A pesar de avances notables en cobertura y acceso, persisten desafíos que afectan la igualdad y calidad del sistema. Notorias disparidades en acceso y calidad de atención se observan en áreas rurales, indígenas, afrodescendientes y poblaciones vulnerables. La escasez de personal médico y la corrupción impactan negativamente. La sostenibilidad financiera del sistema de salud sigue siendo un desafío, requiriendo una mejor coordinación, eficiencia en el uso de recursos y rendición de cuentas para lograr una atención equitativa y efectiva.

Palabras Claves: Gestión de la salud pública, Avances, Desafíos, Cobertura, Corrupción, Transparencia, Promoción, Prevención, Acceso, Accesibilidad, Gestión, Administración, Recursos, Políticas, Desigualdad.

Abstract

Public health management in Colombia involves government policies and strategies to safeguard population health, encompassing healthcare services, disease prevention, and emergency response. Despite significant advances in coverage and access, challenges persist, affecting system equality and quality. Noticeable disparities in access and care quality are seen in rural, indigenous, Afro-descendant, and vulnerable populations. Shortages of medical personnel and corruption have negative impacts. The financial sustainability of the healthcare system remains a challenge, requiring improved coordination, resource efficiency, and accountability to achieve equitable and effective care.

Keywords: Public Health Management, Progress, Challenges, Coverage, Corruption, Transparency, Promotion, Prevention, Access, Accessibility, Management, Administration, Resources, Policies, Inequality.

Tabla de Contenido

Introducción	13
Planteamiento del Problema	14
Formulación Del Problema.....	16
Justificación	18
Objetivos	20
Objetivo General.....	20
Objetivos Específicos.....	20
Marco Referencial.....	21
Contexto Histórico	21
Desafíos Del Sector.....	27
Gestión Salud Publica En Colombia.....	28
Consideraciones De Salud Publica	31
Aspectos Legales Gestión Salud Publica En Colombia.....	33
Diseño Metodológico.....	41
Análisis De Fuentes Primarias.....	42
Análisis De Fuentes Secundarias	44
Tratamiento De La Información	46
Enfoque Reflexivo Sobre la Relación entre la Gestión Pública de la Salud y la Política de Salud en Colombia: Implicaciones y Perspectivas	48
Recuento Histórico De La Promoción Salud	48
Antecedentes De Salud Publica En Colombia	51
Determinantes Sociales De La Salud En Colombia.....	55

La Promoción En Salud Publica En Colombia.....	57
Prevención De La Enfermedad.....	57
Modelo De Atención En Salud.....	66
Política De Atención Integral En Salud.....	67
10 componentes Del Modelo Integral De Atención En Salud, Mías.....	68
Políticas De Salud Pública Y Su Gestión En Colombia.....	69
Análisis de las Deficiencias y Retos Cruciales en la Gestión de la Salud Pública en Colombia:	
Aspectos Estructurales y Operativos.....	74
Los Grandes Problemas Del Sector Salud.....	74
Acceso Desigual A La Atención Médica.....	75
Financiamiento Insuficiente.....	80
Barreras En La Calidad De La Atención.....	87
Corrupción y malversación de fondos.....	89
Falta De Prevención Y Promoción De La Salud.....	91
Desafíos Epidemiológicos.....	95
Fragmentación Del Sistema.....	96
Evaluación Descriptiva de los Avances en la Gestión de la Salud Pública en Colombia:	
Optimización para las Necesidades Operativas Actuales.....	100
Los Avances Del Sistema De Salud.....	100
Conclusiones.....	122
Recomendaciones.....	126
Fortalecimiento de la atención primaria de salud.....	126
Mejora en la gestión de recursos y financiamiento.....	126

Fomento de la prevención y promoción de la salud	126
--	-----

Lista de Tablas

Tabla 1. <i>Aspectos legales Salud Publica Colombia</i>	33
--	----

Lista de Figuras

Figura 1. <i>Modelo de Leavell y Clark (1965).</i>	58
Figura 2. <i>Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Avances.</i>	67
Figura 3. <i>Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Dificultades.</i>	67
Figura 4. <i>Principales dificultades para acceder al sistema de salud.</i>	76
Figura 5. <i>Problemas de oferta para no consultar o no recibir atención ante un problema de salud</i>	79
Figura 6. <i>Cobertura en salud por zona</i>	101
Figura 7. <i>Razones de no afiliación.</i>	102
Figura 8. <i>Proporciones de afiliación por régimen contributivo/subsidiado</i>	103
Figura 9. <i>Prevención por zona urbano /rural</i>	104
Figura 10. <i>Entrega de medicamentos por zona urbano/rural</i>	105
Figura 11. <i>Calidad en el servicio médico por zona urbano/rural.</i>	106
Figura 12. <i>Calidad en la hospitalización por zona urbano/rural</i>	107
Figura 13. <i>Percepción del estado de salud para el total nacional y el primer y último quintil</i>	108
Figura 14. <i>Presencia de enfermedades crónicas por zona urbano/rural</i>	109
Figura 15. <i>Problemas de salud en los últimos 30 días por zona urbano/rural</i>	110
Figura 16. <i>Razones para no recibir atención médica</i>	111
Figura 17. <i>Reducción de la pobreza y la desigualdad atribuible del gasto en salud</i>	112

Figura 18. <i>Reducción de la brecha entre la atención médica en zonas urbanas y rurales</i>	114
Figura 19. <i>Aumento del acceso a servicios de salud preventiva</i>	116
Figura 20. <i>Reducción de mala calidad del Servicio</i>	116
Figura 21. <i>Reducción de estado de salud malo</i>	118
Figura 22. <i>Reducción de problemas de Salud sin Hospitalización</i>	119
Figura 23. <i>Reducción de gastos en servicios de salud</i>	120
Figura 24. <i>Reducción de Pobreza y desigualdad</i>	121

Introducción

La administración de la salud pública es un pilar fundamental para el bienestar y el desarrollo de una nación. En Colombia, este tema ha sido objeto de una atención constante debido a su relevancia para la sociedad y el gobierno. La gestión de la salud pública se enfoca en la planificación, implementación y supervisión de políticas y estrategias destinadas a promover y proteger la salud de la comunidad en su conjunto. Este enfoque incluye desde la organización de los servicios de atención médica hasta la promoción de hábitos saludables y la capacidad de respuesta efectiva ante situaciones críticas relacionadas con la salud.

La presente monografía se centra en el análisis de los avances y desafíos en la gestión de la salud pública en Colombia, con el objetivo de comprender más profundamente la complejidad de este sistema y las áreas que requieren atención y mejora. Es fundamental para el desarrollo del país abordar estos desafíos, garantizar la equidad en el acceso a servicios de salud de calidad y promover la sostenibilidad financiera del sistema. Con esta investigación, se busca arrojar luz sobre los aspectos que impactan la gestión de la salud pública en Colombia y proporcionar una base sólida para futuras discusiones y decisiones en este campo crítico.

Planteamiento Del Problema

La administración de la salud pública se refiere a las políticas, estrategias y medidas implementadas por el gobierno y las instituciones gubernamentales con la intención de fomentar y salvaguardar la salud de la comunidad. Estas iniciativas abarcan desde la organización y supervisión de los servicios de atención médica hasta fomentar la salud previniendo enfermedades y promoviendo un estilo de vida saludable y la habilidad para reaccionar de manera efectiva ante circunstancias críticas en campo de la salud.

La administración de la salud pública en Colombia ha afrontado diversos obstáculos con el paso del tiempo. El objetivo de este estudio es analizar los importantes problemas encontrados en la administración de la atención médica en el país. A pesar de los avances notables en el aumento de la cobertura y el progreso en la disponibilidad de servicios de atención médica, persisten desafíos que influyen en la igualdad, calidad y eficacia del sistema.

Los retos que se presentan en la gestión de la salud pública son notorios en Colombia, especialmente en lo relacionado a la disponibilidad y la asequibilidad, la calidad y la equidad de los servicios de salud. Existen marcadas discrepancias en la disponibilidad de servicios de atención médica entre zonas urbanas y zonas rurales, así como entre distintas regiones del país. La ampliación de la cobertura representa uno de los desafíos más significativos en la gestión del sistema de atención de salud en Colombia, ya que muchas personas no pueden obtener de manera adecuada los servicios de asistencia médica. Comunidades rurales, poblaciones indígenas y afrodescendientes, e individuos en situación de pobreza y precariedad enfrentan obstáculos para recibir atención médica oportuna y efectiva. Las áreas remotas y desfavorecidas luchan por acceder a servicios de calidad debido a la ausencia de infraestructura adecuada, personal competente y equipo médico. A pesar de los avances en lo que se refiere a la accesibilidad y el

nivel de excelencia de la atención médica en Colombia, la administración de la salud pública todavía enfrenta desafíos considerables. Según investigaciones realizadas por el Ministerio de Salud y Bienestar Social (2021), la cobertura de los servicios de atención primaria de salud sigue siendo baja en algunas regiones del país, especialmente en áreas rurales y remotas.

Según la Organización Panamericana de la Salud – OPS (2017), en Colombia, se registra una proporción de aproximadamente 12,5 médicos, 26,3 enfermeras y alrededor de 1,3 dentistas por cada 10,000 habitantes. La escasez de personal médico limita el sistema de respuesta y dificulta brindar asistencia oportuna a la población.

En cuanto a calidad, Colombia posee un sistema de salud que combina el sistema contributivo y el sistema subsidiado. No obstante, persisten discrepancias en la calidad de la atención de salud. Los pacientes en el régimen subsidiado suelen recibir una atención de menor calidad en comparación con aquellos que tienen régimen contributivo. También, a pesar de que se han realizado esfuerzos para mejorar la atención primaria y promover la prevención de enfermedades, aún persiste una tendencia hacia la atención curativa en lugar de incrementar los recursos destinados a promover la salud y prevenir enfermedades a largo plazo. De acuerdo con lo expuesto en la república (2022), actualmente, existen disparidades en la disponibilidad de acceso a los servicios de atención médica y al tratamiento del cáncer entre los usuarios de servicios subsidiados y asegurados. Una de las mayores diferencias es que el sistema de subsidios recibe significativamente menos recursos que el sistema de contribuciones.

Asimismo, para Potes Mosquera et al. (2022), el sistema de salud en Colombia ha afrontado retos financieros, con déficits en la financiación y la sostenibilidad del sistema. La escasez de fondos disponibles ha afectado la idoneidad de quienes suministran la atención médica para ofrecer un enfoque completo de atención y de calidad. La corrupción ha interferido

en el modo en que opera el sistema de atención médica pública en Colombia, lo que ha llevado al desvío de recursos y a la carencia de claridad en el procedimiento de asignación de contratos y adquisición de medicamentos. Estas prácticas afectan negativamente la eficacia y excelencia en el suministro de servicios médicos.

Uno de los más grandes desafíos que enfrenta la gestión de la salud pública en Colombia es la sostenibilidad financiera del sistema de salud. A pesar de los esfuerzos por incrementar los recursos asignados al campo de la salud, persisten limitaciones en la distribución y aprovechamiento de los recursos, factores que pueden impactar la disponibilidad y la excelencia de los servicios. Además, es necesario abordar la corrupción y la ausencia de responsabilidad en la accountability en la gestión de los recursos financieros asignados a la salud pública, para garantizar un uso eficiente y equitativo de los fondos.

Igualmente, se requiere mejorar la colaboración entre las entidades a cargo con el propósito de garantizar una distribución equitativa de los recursos y un suministro eficiente de los servicios del suministro de atención médica a toda la comunidad. Asimismo, la ausencia de sincronización entre las diversas partes involucradas y escalas del gobierno y la desintegración del sistema de salud limitan la eficacia de las políticas y planes implementados. La sostenibilidad financiera del sistema de salud también es una preocupación, ya que depende en gran medida de recursos públicos limitados.

Formulación Del Problema

De acuerdo con lo anterior, el presente trabajo monográfico busca investigar y conocer los logros y retos en la administración de la salud pública en Colombia, con el propósito de adquirir un conocimiento más profundo y una comprensión completa de cómo se organiza y se

administra el sistema de salud en Colombia. Para lo cual esta con esta investigación se busca responder los siguientes interrogantes:

¿Cuál ha sido el impacto de la dinámica de la gestión del sistema de salud pública en Colombia con base en su implementación?

Justificación

Es fundamental destacar que la gestión pública ejerce un rol crucial en el funcionamiento de cualquier país. En el contexto colombiano, la investigación de los avances y desafíos en esta área permitirá evaluar la eficacia de las políticas públicas implementadas, así como determinar los puntos fuertes y las limitaciones en el manejo de los recursos y servicios gubernamentales.

La salud pública es un elemento crucial para el progreso y el bienestar del País. Estudiar los progresos y retos en la administración de la salud pública en Colombia permitirá comprender y evaluar cómo se están abordando los problemas de salud en el país, así como identificar áreas críticas que requieren atención y mejora. El presente trabajo monográfico busca estudiar los progresos y retos en la gestión pública en Colombia desde una perspectiva multidimensional, con el propósito de identificar las deficiencias principales y desafíos que limitan el óptimo desempeño del sistema de salud en el País. Además, se busca conocer no solo lo que ha marcado la decadencia del sistema de salud en Colombia sino también importantes avances que el sistema de salud ha tenido.

Colombia ha experimentado avances en la gestión de la salud pública en los últimos años. Esto implica examinar aspectos como la efectividad de los programas de salud, la igualdad en la disponibilidad de acceso a los servicios, la calidad de la atención médica y las consecuencias de salud de la comunidad, entre otros. Este estudio y valoraciones proporcionan de forma descriptiva una base sólida documental con el fin de obtener y/o fortalecer conocimientos existentes con relación al tema de la administración de la salud pública en el país.

La sociedad colombiana se enfrenta a desafíos significativos en el ámbito de la salud pública, como la desigualdad en la accesibilidad a servicios de alta calidad, la fragmentación del sistema de atención médica, obstáculos geográficos y socioeconómicos, entre otros aspectos.

Examinar estos desafíos en el contexto específico de Colombia permitirá obtener información valiosa que contribuirá al entendimiento de la gestión de la salud pública en el país a lo largo de los años. Esto se logrará a través de la recopilación de datos y evidencias que resalten tanto los avances como los desafíos en el ámbito de la salud pública en Colombia.

Aunque el sistema de salud en Colombia ha experimentado avances significativos, también se han observado deficiencias significativas que han planteado desafíos sustanciales en la gestión de la salud pública en el país. Este trabajo monográfico tiene como objetivo profundizar tanto en los progresos como en las dificultades experimentadas por el sistema de salud en Colombia en las últimas décadas. Se busca recopilar información y datos relevantes, así como explorar las causas y los factores que han impactado en la gestión de la salud pública. Este enfoque permite una comprensión más profunda del tema y la generación de nuevas perspectivas sobre el sistema de salud en Colombia y su operatividad.

Esta investigación tiene como objetivo analizar los avances y desafíos en la gestión pública en Colombia desde una perspectiva multidimensional, con el fin de determinar las deficiencias y obstáculos que afectan el rendimiento óptimo del sistema de salud en el país. Además, se pretende comprender no solo los factores que han contribuido a las dificultades en el sistema de salud en Colombia, sino también los avances significativos que ha experimentado dicho sistema.

Objetivos

Objetivo General

Analizar la gestión de la salud pública en Colombia desde una perspectiva de implementación, con enfoque en desafíos afrontados y avances logrados bajo el marco de la política pública en salud.

Objetivos Específicos

Contrastar la relación entre la gestión pública en salud y la política de salud pública en Colombia mediante un análisis reflexivo, con el propósito de comprender de manera más integral dicha relación y sus implicaciones.

Examinar las principales falencias y desafíos que enfrenta la gestión de la salud pública en Colombia, tanto a nivel estructural como operativo.

Estimar desde un contexto descriptivo, los alcances logrados de la gestión de la salud pública en Colombia con el propósito de satisfacer las necesidades operativas actuales y optimizar su funcionamiento.

Marco Referencial

Contexto Histórico

Conforme a lo expuesto por Yepes y Marín (2018), la ejecución de la gestión pública en salud en Colombia ha afrontado diversos desafíos en el transcurso del tiempo, pero también ha logrado importantes avances en el contexto de la política pública en salud. Según estudios recientes, la evaluación de la condición de salud ha evolucionado de ser un enfoque puramente técnico hasta convertirse en una cuestión política que afecta a la población y las personas encargadas de tomar decisiones. Además de considerar aspectos técnicos, también abarca dimensiones económicas, sociales y culturales relevantes. Como una función fundamental de la salud pública, este análisis se basa en parámetros de valoración que guían su progreso y miden sus implicaciones. Sin embargo, los desafíos actuales superan los límites de los criterios técnicos establecidos en el año 2000 por la Organización Panamericana de la Salud.

La gestión de la salud pública en Colombia ha enfrentado diversos problemas históricos a lo largo del tiempo, algunos de los cuales han sido abordados con medidas y soluciones concretas. A continuación, se detallarán algunas de las dificultades más destacadas, así como el surgimiento, desarrollo y solución relacionados con cada uno de ellos:

Durante gran parte de la historia de país, para el Ministerio de salud (s.f.), la accesibilidad a los servicios de atención médica estuvo fuertemente vinculado a la situación socioeconómica de las personas, lo que resultó en una brecha significativa entre aquellos con los medios para pagar una atención médica de alta calidad y aquellos que carecían de los recursos necesarios. Esta disparidad contribuyó a tasas elevadas de pobreza y mortalidad en segmentos de la población más desfavorecidos. Esta problemática surgió en 1993 y se abordó en Colombia mediante la ejecución de una reforma en el sistema de salud, conocida como la Ley 100, con el

propósito de lograr una cobertura nacional en salud. La ley estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el objetivo de asegurar la protección de todos los ciudadanos y establecer un plan de salud obligatorio. No obstante, a lo largo del tiempo, surgieron desafíos en la implementación y ejecución del sistema, lo que resultó en dificultades relacionadas con el acceso y la calidad de la atención médica.

Para el Ministerio de salud (s.f.), otro problema histórico en el manejo de la salud pública en Colombia ha sido la malversación y la ausencia de honestidad en el manejo de los recursos destinados al sistema de salud. La corrupción financiera, el nepotismo y la ausencia de rendición de cuentas han minado la optimización y la provisión de servicios médicos de mayor calidad, teniendo consecuencias negativas en la población. La corrupción en el ámbito de la salud ha sido motivo de continua inquietud en Colombia a lo largo de los años. Durante décadas, se han informado casos de desviación de fondos, sobornos y prácticas administrativas inapropiadas. Estos problemas han dificultado la distribución adecuada de recursos, la compra de farmacos y equipo médico, y han erosionado la confianza en el sistema de salud.

Para la Organización Panamericana de la Salud (s.f.), a lo largo de su historia, Colombia ha enfrentado numerosos episodios de brotes epidémicos y enfermedades endémicas que han tenido consecuencias significativas en la salud pública. Entre los ejemplos notables se encuentran la malaria, el dengue, la tuberculosis y el VIH/SIDA, que han representado desafíos persistentes en el país. Estas enfermedades han afectado de manera dispar a comunidades en estado de vulnerabilidad, y han requerido esfuerzos continuos para su prevención y tratamiento. La manifestación de epidemias y la propagación de enfermedades en Colombia se ha relacionado con diversos factores, incluyendo condiciones socioeconómicas precarias, carencia de acceso a servicios de salud, migraciones y problemas de infraestructura. La gestión de estas enfermedades

ha enfrentado desafíos en términos de temprana detección y prevención, acceso a tratamientos y promoción de la educación en salud.

Para el Ministerio de salud y Protección Social (2015), en Colombia, se han evidenciado persistentes disparidades en la asignación de recursos y servicios de atención médica entre distintas regiones del país. Las áreas rurales, particularmente en zonas remotas y de difícil acceso, han enfrentado carencias en términos de infraestructura de salud adecuada, escasez de personal médico y disponibilidad limitada de medicamentos y tecnología médica. Esto ha llevado a inequidades en cuanto a la calidad y la posibilidad de recibir atención médica entre las áreas urbanas y rurales. Las desigualdades regionales en la gestión de la salud pública en Colombia tienen sus raíces en factores de índole histórica, geográfica, económica y social. La carencia de inversión en la construcción de infraestructuras de salud en las zonas rurales, así como los desafíos para atraer y retener profesionales de la salud en estas áreas, han contribuido a la disparidad en la provisión de servicios médicos.

Según Eslava (2022), en la historia de Colombia, se ha prestado una atención médica centrada en la curación de enfermedades en lugar de enfocarse en la "prevención y promoción de la salud". La falta de atención de medidas preventivas de enfermedades y a la promoción de formas de vida que contribuyan a la salud y el bienestar ha resultado en un incremento en la ocurrencia de enfermedades no contagiosas, como trastornos cardiovasculares, diabetes y obesidad. El enfoque predominante en la atención médica orientada a la curación de enfermedades ha llevado a la falta de implementación de políticas y programas de prevención y promoción de la salud. La ausencia de enfoque en la educación sanitaria, la ausencia de regulaciones para fomentar comportamientos y hábitos que promuevan la salud y la falta de

acceso a servicios de prevención han actuado como obstáculos con la intención de optimizar la salud pública en la nación.

A lo largo de gran parte de la historia de Colombia, ha existido una falta de inversión y financiamiento insuficiente en el sistema de salud. Esto ha impactado negativamente la accesibilidad a los recursos requeridos para proporcionar atención médica de alta calidad, adquirir tecnología médica y medicamentos, y mejorar la infraestructura sanitaria. La escasez de financiamiento adecuado ha favorecido a la insuficiencia de los servicios de salud y ha dificultado la accesibilidad de los pacientes a una atención de calidad. La carencia de inversión y financiamiento suficiente en el ámbito de la salud ha sido una cuestión persistente en Colombia. Factores como la corrupción, la priorización de otros sectores y las restricciones presupuestarias han limitado la disponibilidad de fondos económicos necesarios para el sistema de salud.

Además, Colombia ha experimentado dificultades significativas en el abastecimiento de servicios de salud a poblaciones en situación de vulnerabilidad, como desplazados internos, refugiados, comunidades indígenas y personas en extrema pobreza. Estos grupos a menudo enfrentan obstáculos adicionales para acceder a la atención médica, tales como limitaciones geográficas, discriminación y la falta de recursos específicos para abordar sus requerimientos de atención médica específicos. La atención a poblaciones vulnerables ha sido un reto histórico en Colombia, dada la complejidad de los factores sociales y económicos que enfrentan estos grupos. La falta de un enfoque específico en sus necesidades de salud y la distribución insuficiente de recursos han perpetuado las disparidades en la atención médica.

En el país, se han presentado desafíos en términos de calidad y seguridad de la atención médica. Ha habido situaciones de mala praxis, negligencia médica y falta de uniformidad en los estándares de prestación de servicios de salud. Estos problemas han venido creando desconfianza

en el sistema de salud y han tenido un impacto negativo en la salud y el bienestar de los pacientes. La carencia de regulaciones claras, supervisión y mecanismos de rendición de cuentas ha contribuido a los problemas vinculados con la calidad y la seguridad de la atención médica en Colombia. Asimismo, la falta de conocimiento y conciencia de los derechos y obligaciones de los pacientes también ha sido un factor influyente.

Según lo expuesto por el ministro de salud, Juan Pablo Uribe Restrepo (2018), en el año 2019 se presentaron diversos retos en la gestión del sistema de salud en Colombia. El ministro de salud presentó una serie de desafíos y acciones prioritarias para el próximo año. Estos desafíos incluyeron la potenciación de la Superintendencia Nacional de Salud, la implementación de un acuerdo para resolver de manera definitiva las deudas en el ámbito de la salud, asegurar la liquidez del sistema de salud, garantizar la prestación pertinente y de alta calidad de los servicios de salud, promover estilos de vida saludables y establecer un amplio acuerdo en pro de la salud de todos los colombianos. También se abordaron temas como la vigilancia de los costos de los fármacos, la seguridad en las vías, la atención a la población migrante y la promoción de políticas para abordar cuestiones como la obesidad, el sedentarismo y el consumo de sustancias psicoactivas entre la población joven. Estas acciones y desafíos forman parte de las iniciativas del Gobierno Nacional para mejorar el sistema de salud y asegurar el bienestar de la población.

En el año 2021, en el transcurso de su intervención en el seminario en línea organizado por ANIF sobre "Los desafíos del sector de la salud posterior a la pandemia de COVID-19", el Ministro de Salud y Protección Social, Ruiz Gómez (2021). Además, se detallaron varios de los retos que se enfrentan a corto, mediano y largo alcance. Se subraya la importancia de avanzar con la implementación del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 con el fin de alcanzar la inmunidad colectiva. Sin embargo, se plantea que este enfoque está bajo evaluación

por parte de científicos a nivel mundial debido a la propagación de nuevas cepas del virus que podrían tener una mayor capacidad de contagio y afectar a una parte considerable de la población global, estimada en un 80 % a 90 %. El ministro de salud indica la necesidad de prepararse para un escenario en el que la enfermedad se convierta en endémica, similar a la influenza, y anticipa que en los próximos años será necesario administrar refuerzos de vacunación con fármacos específicos para las nuevas variantes.

El ministro de Salud de Colombia, Fernando Ruiz Gómez (2020), asumió la presidencia en un contexto de desafíos inéditos a raíz de la pandemia de COVID-19. Hizo hincapié en la necesidad de fortalecer la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para abordar la pandemia y a los desafíos futuros en la región. Destacó la importancia de garantizar un acceso equitativo a las vacunas y promover una reapertura económica segura desde una perspectiva de salud. También resaltó el papel crucial desempeñado por la OPS en la zona y destacó la importancia de trabajar en el progreso de la disponibilidad universal a servicios de salud de calidad, abordando cuestiones como la salud mental, las enfermedades no infecciosas y la formación del personal de salud.

En el discurso del ministro de Salud de Colombia, Fernando Ruiz Gómez (2020), durante el 58° Consejo Directivo de la OPS, se puso el foco en el desafío que representa el COVID-19 para la región de las Américas. También se destacó la importancia de reforzar la OPS como un instrumento regional crucial para enfrentar la pandemia y desafíos futuros. Se subrayaron dos desafíos de importancia: garantizar un acceso equitativo a las vacunas y llevar a cabo una apertura económica segura desde la perspectiva de la salud. En el discurso se resaltó la necesidad de trabajar de manera colaborativa para fortalecer la contribución regional en pro de la salud de

la población de las Américas, lo que a su vez tendría un resultado positivo en el bienestar económico y social.

John Delgado, director de Prestación de Servicios del Ministerio de Salud y Protección Social (2022), hizo hincapié en la necesidad de equilibrar el derecho a la salud y a la vida, que se manifiesta a través de la prestación de servicios. Resaltó la importancia de la telemedicina y la asesoría a distancia durante la pandemia, así como la flexibilidad en la prestación de servicios de salud por medio de tecnología. Subrayó la importancia de garantizar resultados de salud garantizar el derecho a la salud y a la vida. Se está elaborando un documento que establece buenas prácticas para la telemedicina, y se espera que los proveedores decidan si continúan ofreciendo estos servicios en el futuro. Asimismo, se prioriza el resguardo de la información de los pacientes.

Asimismo, Delgado, enfatizó la necesidad de abordar aspectos como infraestructura, seguridad de la información y ciberseguridad, la implementación de modelos flexibles en la entrega de servicios, el fomento del progreso de habilidades digitales, ya que no todos los profesionales de la salud o médicos están preparados en este ámbito

Desafíos del Sector

El sistema de salud colombiano ha evolucionado de manera satisfactoria y con buena capacidad durante la pandemia. La viceministra de protección Social, María Andrea Godoy Casadiego (2021), resalta el grado de protección financiera, el aumento de la capacidad de pruebas diagnósticas y la disponibilidad de camas en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), que ha pasado de 5,300 el año anterior a al menos 13,000 actualmente. En comparación con naciones similares como México, Chile, Brasil y Ecuador, el sistema de atención médica en Colombia ha

demostrado un rendimiento sobresaliente, evitando el desbordamiento de la seguridad social y reduciendo los gastos directos de la comunidad.

El sistema de salud requiere fortalecer la atención primaria, promover una cultura preventiva y consolidar la seguridad sanitaria. Además, es imperativo incrementar la capacidad de diagnóstico, fortalecer la fabricación de vacunas y medicamentos esenciales, y abordar el pago de deudas y la depuración de los reportes financieros de las organizaciones del sector de la salud.

Gestión Salud Publica en Colombia

‘‘La gestión de la salud publica en Colombia’’ tiene gran similitud con la gestión de la salud pública de Chile, en términos de aseguramiento, con un sistema de salud mixto compuesto por entidades públicas y privadas. Ambos países han implementado reformas para Ampliar la cobertura y elevar la calidad de la atención médica primaria.

Colombia y Chile enfrentan desafíos en la gestión de la salud, aunque presentan diferencias sustanciales en sus sistemas de atención médica y enfoques de gestión. Colombia opera bajo un modelo de aseguramiento universal llamado el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que involucra a entidades promotoras de salud (EPS) para la prestación de servicios médicos a los pacientes. Sin embargo, Colombia ha experimentado dificultades en términos de acceso desigual, variación en la eficiencia de la atención y limitaciones en la financiación.

En el territorio colombiano, se ha avanzado en la gestión de la salud pública, mejorando la cobertura y la accesibilidad a los servicios de atención médica. La implementación del SGSSS ha contribuido a ampliar la cobertura mediante el proceso de afiliación obligatoria a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), lo cual ha aumentado la cantidad de individuos con

acceso a servicios médicos. Sin embargo, aún existen desafíos en cuanto a igualdad y excelencia. Se observan disparidades en la amplitud de la cobertura y la accesibilidad a servicios de alta calidad entre áreas rurales y urbanas, del mismo modo entre distintos estratos socioeconómicos. Asimismo, el sistema de salud colombiano ha enfrentado problemas relacionados con la corrupción, la escasez de recursos y las deficiencias en la coordinación entre los diversos actores del sistema

De acuerdo con Camilo Cid (2011), en relación a Chile, su sistema de salud se caracteriza por la coexistencia de dos sistemas paralelos: el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que proporciona asistencia de salud a la población de ingresos reducidos bajos, y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que son aseguradoras privadas que atienden a los afiliados que pueden pagar una prima. Aunque FONASA ha tenido éxito en ampliar la accesibilidad a servicios de salud, existen desafíos en lo que respecta al financiamiento, calidad y equidad. El sistema ha enfrentado críticas por generar desigualdades y disparidades en la asignación de recursos, lo que ha limitado la accesibilidad a servicios de calidad para los beneficiarios de FONASA. Asimismo, las ISAPRE han sido objeto de controversia debido a la discriminación por riesgo y la ausencia de transparencia en la definición de tarifas.

En lo que respecta a los progresos, ambos países han puesto en marcha programas y políticas destinados a abordar los retos específicos de la gestión de la salud pública. Colombia ha emprendido iniciativas con el propósito de aumentar la calidad de la atención, fortalecer la vigilancia epidemiológica y fomentar la prevención de enfermedades. Por su parte, en Chile se han ejecutado programas de atención primaria de salud y se ha promovido la integración de los servicios de atención médica.

Además, tanto Colombia como Chile han buscado enfrentar los retos en la gestión de la salud mediante reformas. Por ejemplo, Colombia ha llevado a cabo políticas orientadas a incrementar la calidad de la atención, fortalecer la regulación y expandir la cobertura. En el caso de Chile, se han planteado reformas con el propósito de abordar las inequidades y mejorar la salvaguardia económica de los usuarios.

Asimismo, Cid (2011), afirma que, el gobierno chileno tiene en agenda una reforma dirigida al sistema de salud privado de las ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional), la cual contempla la introducción de un plan asegurado de salud denominado PGS (Programa de Gobierno en Salud). Además, se están evaluando modificaciones en el modelo de financiamiento, aunque los detalles aún no están completamente definidos.

Aunque Colombia y Chile tienen diferentes sistemas de salud y enfoques de gestión, ambos países enfrentan desafíos análogos en lo que concierne al acceso, calidad y financiamiento de la atención médica. Ambos han implementado reformas en un intento de mejorar la gestión de la salud y garantizar una cobertura más equitativa y de calidad para sus ciudadanos.

Para Cid (2011), uno de los desafíos primordiales que encara el sistema de salud en Chile, que es comparable al sistema en Colombia, es la desigualdad y la ineficiencia derivadas de la separación entre las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Esta división ha resultado en niveles diferentes de atención médica para personas de distintos niveles de ingresos, lo que generalmente deja a quienes tienen ingresos más bajos más vulnerables a las enfermedades, empeorando su situación. A pesar de los notables beneficios económicos que el sistema de aseguramiento privado ha obtenido al seleccionar a sus beneficiarios y obtener ganancias considerables desde su creación, y a pesar de la transferencia de riesgos más costosos a la entidad de aseguramiento público durante muchos años, los

inconvenientes relacionados con la discriminación por riesgo y el amplio rechazo por parte de los propios usuarios han puesto de manifiesto que el sistema ISAPRE no es sostenible a largo plazo.

Consideraciones de Salud Pública

La política pública de salud incluye la totalidad del conjunto de las decisiones y medidas implementadas por el gobierno y otros entes pertinentes con el propósito de afrontar los desafíos y aumentar la integridad de la comunidad en el ámbito de la salud. Esta política define los objetivos, estrategias y medidas concretas orientadas a asegurar la accesibilidad equitativa a los servicios de salud, impulsar la prevención de enfermedades, fomentar la promoción de la salud y elevar la calidad de la atención médica.

La política pública de salud desempeña un papel de gran relevancia en la creación, implementación y análisis de estrategias destinadas a incrementar el nivel de salud y el bienestar de la comunidad. A lo largo de los años, se han presentado diversos retos en la administración de la salud pública, pero también se han conseguido avances significativos en cuanto a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Los desafíos que se han afrontado en el aspecto de la política pública de salud son variados y complejos, abarcando la garantía de un acceso igualitario a los servicios de salud, la viabilidad financiera de los sistemas de atención médica, la mejora de la calidad y seguridad de la atención y el abordaje de las disparidades en salud, entre otros.

El Plan Decenal Salud Pública – PDSP (2022-2031) se trata de una política gubernamental cuyo objetivo es guiar las acciones en aspectos de la salud pública en el país durante la próxima década. Funciona como un plan estratégico tanto a nivel nacional como regional, comprometiendo a las distintas instancias gubernamentales y a todos los participantes en el sistema de salud a enfocar su lucha en atender las demandas de la comunidad y alcanzar los

resultados de salud anhelados. Este proceso implica una participación amplia que incluye la definición de acciones concretas, objetivos, distribución de fondos, roles, y métricas de seguimiento y sistemas de evaluación.

Durante el período del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, durante este período, se emitieron regulaciones y se definieron directrices técnicas y operativas con el fin de implementar y alcanzar los propósitos del plan. A lo largo de estos diez años, se experimentaron avances, así como obstáculos, los cuales se han considerado elementos fundamentales en la planificación estratégica y operativa del nuevo plan para el período 2022-2031.

Es fundamental destacar la contribución tanto a nivel regional como nacional. A nivel regional, los planes de salud locales tuvieron un impacto significativo, ya que permitieron abordar las necesidades específicas de cada área geográfica y desempeñaron un rol crucial en el logro de los objetivos establecidos. Por otro lado, a nivel nacional, la Comisión Intergubernamental de Salud Pública (CISP) desempeñó un papel esencial en la coordinación y colaboración entre los diversos actores del sistema de salud. La colaboración entre los planes de salud locales y la CISP resultó en un enfoque integral y efectivo para lograr los resultados deseados y cumplir con los objetivos establecidos.

La gestión de la salud pública en Colombia y la política pública en salud son dos conceptos que, aunque diferentes, están estrechamente relacionados en el marco del sistema de salud colombiano. La gestión de la salud pública se centra en la implementación práctica de acciones y programas de salud, mientras que la política pública en salud establece el marco normativo y las directrices estratégicas para esta gestión. Ambos aspectos son esenciales y se complementan mutuamente dentro del sistema de salud colombiano. Además, es relevante destacar que tanto la gestión de la salud pública como la política pública en salud son procesos

dinámicos y continuos. Las políticas pueden ser adaptadas y modificadas en respuesta a los cambios en el contexto de salud y a las cambiantes demandas de la ciudadanía.

Aspectos Legales Gestión Salud Publica en Colombia

La gestión de la salud pública en Colombia se basa en la política pública en salud, que proporciona las pautas y medidas para fomentar y salvaguardar la salud de la población.

Tabla 1.

Aspectos legales Salud Publica Colombia

Norma	Carácter de la norma	Descripción normativa
Constitución Política en Colombia 1991	Artículo 44 y 49	<p>En el artículo 44 de la Constitución Política de Colombia, se establecen los derechos fundamentales de los niños, que abarcan aspectos como la vida, la salud física, la integridad y la protección social, una dieta balanceada, el derecho al nombre y a la nacionalidad, el derecho a tener un núcleo familiar y a no ser apartados de ellos, el cuidado y el afecto, la educación y la cultura, la recreación y la libertad para expresar sus opiniones.</p> <p>El artículo 49, por su parte, establece la obligación del Estado en la provisión de servicios de atención médica y saneamiento ambiental como parte de los servicios públicos. Este artículo garantiza el acceso de todas las personas a la promoción, protección y restauración de la salud.</p>
		<p>Fue creada la nueva estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la cual se introdujo la Acreditación en Salud como un mecanismo voluntario diseñado para</p>

Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones"	<p>elevar la calidad de los servicios de salud. La normativa para este mecanismo se encuentra en el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, y este fue confirmado por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001. El Artículo 42.10 establece que la Nación es la entidad encargada de supervisar y dirigir el sector de salud, así como el Sistema General de Seguridad Social en Salud en todo el territorio nacional. Sus responsabilidades abarcan la formulación de políticas, estrategias, programas y proyectos de relevancia a nivel nacional para el ámbito de la salud, además de coordinar su implementación, seguimiento y evaluación. Todo esto se realiza teniendo en cuenta la diversidad regional del país.</p>
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones	<p>Esta legislación tiene como objetivo realizar ajustes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para mejorar la atención brindada a los usuarios. Se implementan cambios en numerosos aspectos, como la dirección del sistema, la universalización de la cobertura, el financiamiento, el equilibrio entre las partes involucradas, la racionalización y la calidad de los servicios de salud. Además, se fortalecen las iniciativas de salud pública, las funciones de supervisión y control, y se lleva a cabo una reorganización de las redes de servicios médicos.</p>
		<p>El propósito de esta legislación es reforzar el Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante un enfoque centrado en la atención primaria en salud, que involucre la colaboración del gobierno, las organizaciones y la comunidad en general para mejorar la salud</p>

Ley 1438 de 2011	<p>Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.</p>	<p>y crear un entorno más saludable. Su objetivo fundamental es proporcionar servicios de salud de mayor calidad, que sean inclusivos y equitativos, con un enfoque en todos los ciudadanos del país. La ley busca la integración del Plan de Beneficios para toda la población, garantizar la cobertura universal de aseguramiento y permitir la portabilidad de beneficios en toda la extensión nacional, todo esto en un ámbito de sostenibilidad financiera.</p>
Ley 1751 de 2015	<p>Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.</p>	<p>El propósito de esta legislación es asegurar el acceso eficiente a los servicios de salud, fomentando la mejora de la calidad y la equidad en la prestación de atención médica. La ley establece principios como la integralidad, el involucramiento activo de la población, la continuidad de la atención y la responsabilidad compartida entre el gobierno, los prestadores de servicios de salud y los usuarios. Además, busca el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, promoviendo la eficiencia en la asignación de recursos y una atención médica enfocado en los requerimientos del paciente.</p>
Ley 1949 de 2019	<p>Por la cual se adicionan y modifican algunos artículos de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se dictan otras disposiciones.</p>	<p>La Ley 1122 de 2007 tiene como finalidad mejorar la provisión de servicios de salud, asegurando la calidad, la eficiencia y la equidad en la atención médica. Esta legislación establece medidas destinadas a fortalecer la regulación y supervisión de las organizaciones que brindan servicios de salud, promoviendo la adopción de estándares de calidad y la evaluación del desempeño.</p>

	<p>La Ley 1438 de 2011 tiene como objetivo principal incrementar la excelencia y la eficacia en la prestación de servicios de salud, promoviendo la expansión de la cobertura y garantizando un acceso equitativo a la atención médica. Esta legislación introduce medidas para la reestructuración y modernización del sistema de salud, lo que incluye la creación de las Empresas Sociales del Estado, con el propósito de optimizar la gestión y la gestión de los recursos en la entrega de servicios de salud.</p>
<p>Decreto 1918</p>	<p>Por la cual se modifican los artículos 11 y 17 de la Resolución 2346 de 2007 y se dictan otras disposiciones</p> <p>Este reglamento establece las directrices para la realización de evaluaciones médicas ocupacionales y la gestión de las historias clínicas ocupacionales. El Artículo 11 del reglamento estipula que los exámenes de salud ocupacional y las evaluaciones adicionales son responsabilidad exclusiva del empleador, quien debe asumir su costo en su totalidad. Estas evaluaciones pueden ser efectuadas por médicos con especialización en medicina del trabajo o salud ocupacional, ya sean contratados por el empleador o formen parte del equipo médico interno de la empresa, siempre y cuando posean la licencia apropiada en salud ocupacional. No está permitido cobrar o exigir pagos a los candidatos o empleados por estos servicios.</p> <p>El Artículo 17, modificado por el Artículo 2 de la Resolución 1918 de 2009, introduce cambios en las regulaciones relacionadas con la responsabilidad y distribución de las evaluaciones médicas y registros clínicos</p>

		<p>ocupacionales, estableciendo reglas específicas para su manejo.</p> <p>Por otro lado, el Artículo 2 de la Resolución 1918 de 2009 establece directrices para la puesta en marcha de un sistema de registro en el ámbito de la salud pública en Colombia. Este sistema tiene como objetivo reunir, analizar y difundir información relevante sobre salud con el propósito de fortalecer la toma de decisiones fundamentadas en políticas y programas de salud.</p>
Decreto 1011 de 2006	<p>Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud</p>	<p>Este decreto establece pautas para la organización, funcionamiento y evaluación de las organizaciones que ofrecen servicios de salud, así como para su habilitación y acreditación. Su objetivo es garantizar la calidad y la eficacia en la provisión de servicios de salud, promoviendo la mejora continua y protegiendo los derechos de los beneficiarios del sistema de salud. Además, el decreto incluye disposiciones relacionadas con la gestión de tecnologías en salud, la indagación y la formación en el sector de la salud.</p>
Decreto 3039 de 2007	<p>Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.</p>	<p>El Plan Nacional de Salud Pública para el período 2007-2010 ha sido aprobado de acuerdo con el contenido detallado en el documento que se encuentra adjunto a este decreto.</p>
		<p>El Ministerio de Salud y Protección Social tiene la responsabilidad de desarrollar, supervisar, coordinar y evaluar la política</p>

Decreto 4107 de 2011	<p>Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.</p>	<p>pública en relación con la salud, salud pública y promoción del bienestar social en la salud. Además, participará en la formulación de políticas relacionadas con pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos profesionales. Estas funciones se llevarán a cabo a través de la estructura del sector administrativo correspondiente. El Ministerio también supervisará el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Laborales, estableciendo pautas y directrices. Además, estará a cargo de los sistemas de información de la Seguridad Social.</p>
Resolución 3997 de 1996	<p>Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).</p>	<p>Este decreto establece las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que son obligatorias para las EPS, Entidades Adaptadas, Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS) y las Instituciones públicas de salud. Además, define las directrices para evaluar y dar seguimiento a estas actividades.</p>
Resolución 4288 de 1996	<p>Por la cual se define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones.</p>	<p>El objetivo de esta regulación es concretar y detallar el Plan de Atención Básica (PAB), así como establecer sus componentes y las responsabilidades a nivel territorial en su implementación.</p>
	<p>Por la cual se regulan las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda</p>	<p>Esta resolución adopta normas técnicas de cumplimiento obligatorio para actividades, procedimientos e intervenciones que responden a la demanda generada relacionadas con la protección específica y la identificación a</p>

Resolución 412 de 2000	<p>inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.</p>	<p>tiempo, junto con directrices de atención para el tratamiento de enfermedades de importancia en salud pública. La responsabilidad de llevar a cabo estas actividades recae en las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Además, la resolución establece directrices para la programación, evaluación y monitoreo de las acciones definidas en estas normas técnicas, que deben ser implementadas por estas entidades.</p>
Resolución 1474 de 2002	<p>Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.</p>	<p>Esta resolución adopta dos manuales de estándares de acreditación en el ámbito de los servicios de salud. El primero, conocido como el Manual de Estándares de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, establece los criterios y requisitos que deben efectuar las instituciones que ofrecen servicios de salud para obtener la acreditación. El segundo manual es el Manual de Normas para las Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada del Sistema Único de Acreditación. Estos manuales son una parte integral de la resolución y definen los estándares que las organizaciones deben alcanzar para asegurar la calidad y eficiencia en la provisión de servicios de salud.</p>
	<p>Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las</p>	<p>El Decreto 4747 regula varios aspectos de las relaciones entre los proveedores de servicios de salud y las entidades encargadas de pagar por los servicios de salud de la comunidad bajo su</p>

Resolución 3047 de 2008	relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007	responsabilidad, además de establecer otras disposiciones.
Resolución 425 de 2008	Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.	El propósito de esta resolución es definir los procedimientos que las administraciones locales deben emplear para diseñar, implementar, dar seguimiento, evaluar y supervisar el plan de salud en el país, junto con las acciones requeridas en el plan de salud pública que involucran intervenciones colectivas de cumplimiento obligatorio por parte de estas entidades.

Nota. Esta tabla contiene los aspectos legales que suministran las pautas y medidas para fomentar y salvaguardar la salud de la población.

Diseño Metodológico

Este trabajo monográfico se enfoca en llevar a cabo un análisis reflexivo de los progresos y desafíos en la gestión de la salud pública en Colombia, utilizando un enfoque descriptivo. A través de la aplicación de este método, se busca proporcionar una descripción minuciosa y precisa de los diversos elementos vinculados a la administración de la salud pública en el país. Se examinarán los logros alcanzados hasta la fecha, así como los desafíos y obstáculos que continúan presentes en este campo.

Mediante un estudio exhaustivo que abarca tanto fuentes primarias como secundarias, el objetivo es obtener una comprensión profunda de la situación actual en la administración de la salud pública en Colombia. Esto permitirá la identificación de áreas que requieren mejoras y la formulación de recomendaciones destinadas a fortalecer y mejorar las políticas y prácticas en este sector crucial. El análisis se centrará en aspectos fundamentales como la extensión de los servicios de salud, la excelencia en la atención, y la imparcialidad en la prestación, en el acceso y la sostenibilidad financiera. A través de un enfoque descriptivo y explicativo con características cualitativas y reflexivas, se aspira a enriquecer la comprensión y el conocimiento tanto de aquellos individuos y entidades que participan en el ámbito en cuestión como de la población en general, al tiempo que se desarrollarán recomendaciones para robustecer la gestión de la salud pública en Colombia y, en última instancia, elevar el bienestar de la sociedad al incrementar la calidad de vida de sus habitantes.

Como fuente primaria podemos definir los datos originales recolectados directamente de fuentes de primera mano, incluyendo material, registros orales, grabaciones audiovisuales y documentos escritos, tanto oficiales como no oficiales, que se generaron durante el período de estudio. El procesamiento de información primaria implica la necesidad de organizar, analizar y

presentar los datos recolectados. Para este propósito, se recurrirá a métodos estadísticos y técnicas de análisis de datos a fin de derivar conclusiones y extraer percepciones valiosas a partir de los datos primarios. Al examinar y reflexionar con respecto a estos datos, se considerarán los siguientes elementos:

Análisis de Fuentes Primarias.

Se debe examinar la calidad de la fuente, es decir, su forma física o formato, como un documento escrito, un registro audiovisual o un objeto. Luego, es necesario investigar acerca del autor que produjo la fuente con el fin de comprender su contexto de producción. Por último, es fundamental poner atención a la información que la fuente proporciona. A continuación, una serie de interrogantes que podrían resultar provechosos, es presentada para llevar a cabo este proceso de análisis.

Tipología de la fuente primaria. Es trascendental tener en cuenta la importancia de hacer preguntas sobre la, fecha, lugar de elaboración lo cual permite ponernos en contexto con la fuente de manera temporal con el fin de evitar incoherencias en la información contenida. Además, es importante reflexionar sobre la utilidad de la fuente primaria en relación con el tema de investigación, considerando su función y contribución potencial tomando en cuenta que no todas las fuentes primarias son relevantes para un estudio descriptivo, por lo que se debe determinar su utilidad de acuerdo con los propósitos de la investigación.

- Se considera la autoría de la fuente primaria. Es importante cuestionarse sobre la autoría de una fuente primaria y comprender cómo los eventos y características personales del autor influyen en la fuente. Aquí se enfatiza en la importancia de considerar las motivaciones que llevaron al autor a producir la fuente. Aunque algunas fuentes pueden no tener un autor específico, es fundamental conocer quién

produce la fuente, incluso si no está firmada. Se menciona que, a través de la fecha, el lugar de publicación y la información proporcionada en la fuente, se pueden inferir detalles sobre su autoría.

- Contexto de la fuente primaria. Para garantizar una contextualización adecuada de la fuente primaria, es esencial llevar a cabo una investigación completa y una comprensión profunda de los eventos, ideas o condiciones que prevalecían durante el período en el que se creó dicha fuente. Esta exploración debe abarcar tanto el aspecto temporal como el espacial, a nivel tanto regional, nacional como internacional. En consecuencia, es de suma importancia ahondar en la comprensión de los acontecimientos, ideas y condiciones que predominaban en la época de su creación. Esto implica no solo enumerar los eventos ocurridos en el año de producción, sino más bien comprender los procesos históricos fundamentales que contribuyen a una mejor apreciación y análisis de la fuente primaria.
- Información de la fuente primaria. Comprender la información proporcionada por una fuente primaria es crucial para analizarla adecuadamente. Por lo tanto, es importante tomar los datos literales de la fuente en un primer momento y luego contextualizar esa información comparándola con otras fuentes primarias o textos académicos. Para identificar los elementos claves de la fuente primaria, se tendrán en cuenta las siguientes preguntas como base fundamental:
 - ✓ ¿Cuál es el tema central abordado en la fuente?
 - ✓ ¿Quiénes son los protagonistas de la fuente y de qué manera se describen?
 - ✓ ¿Cuáles son los acontecimientos más significativos en la fuente y cómo se presentan?

- ✓ ¿Se emplean metáforas o simbolismos en la fuente? ¿Cuál es su propósito y a qué hacen referencia?
 - ✓ ¿Qué conceptos se exploran en la fuente y de qué manera se ilustran? ¿Cuál es su relevancia?
 - ✓ Además, se debe identificar cualquier información o aspecto que no se comprenda y buscar comparaciones y contrastes con otras fuentes con el fin de evitar vacíos o dudas y a su vez interpretaciones excesivas, incoherencias y/o juicios de valor.
- **Conclusión del análisis de fuente primaria.** Al culminar el análisis de una fuente primaria, resulta esencial la inclusión de un párrafo de conclusión que resuma los elementos previamente examinados. Además, resulta de gran relevancia evaluar la fuente, la cual puede abarcar aspectos como el estilo de escritura y el vocabulario empleado por el autor. En resumen, el párrafo de conclusión debe consolidar los elementos fundamentales abordados previamente y proporcionar una valoración crítica y una aplicación de la fuente estudiada.

Análisis de Fuentes Secundarias

La información secundaria se refiere a los datos que ya han sido recopilados y procesados por otras fuentes. Estos datos pueden provenir de informes gubernamentales, estudios de investigación previos, bases de datos, libros, revistas, periódicos y otras fuentes documentales. el tratamiento de la información secundaria implica la recopilación, selección, organización y análisis de estos datos existentes con el propósito de analizar la información y describirla de una manera reflexiva con un enfoque de carácter cualitativo. Para el tratamiento de la información

secundaria se tendrán en cuenta las siguientes pautas a fin de tener un análisis exitoso de acuerdo con los objetivos de esta monografía.

- **Anacronismos.** Con el fin de realizar un análisis adecuado de las fuentes primarias, es necesario comprender el contexto sociohistórico en el que se producen y evitar los anacronismos (incoherencias). Esto implica entender que las formas sociales y los valores actuales no pueden ser proyectados retroactivamente en el pasado. Al comparar los componentes de la fuente primaria con su contexto de creación, se facilita la obtención de una interpretación más precisa de su mensaje, reduciendo así el margen de error en las interpretaciones. Por lo tanto, es válido afirmar que un análisis efectivo de fuentes primarias no se limita únicamente a comprender el contenido de la fuente o conocer al autor, sino que también implica un conocimiento profundo de la sociedad que la generó. Este enfoque permite comprender con mayor precisión el mensaje que la fuente busca comunicar o explicar.
- **Generalizaciones.** Es crucial tener en cuenta que una fuente primaria refleja las ideas y opiniones de su autor, incluso si ha sido difundida a través de un medio ampliamente reconocido. En consecuencia, es recomendable evitar realizar generalizaciones basadas en una sola fuente primaria y recordar que cada fuente constituye una expresión individual, no necesariamente representativa de la perspectiva de todos los individuos o grupos.
- **Sobreinterpretación.** Se debe evitar sobreinterpretar la fuente y llegar a conclusiones que no están respaldadas por el discurso en cuestión. Es necesario evitar sacar conclusiones que no estén respaldadas por evidencia directa en la fuente analizada.

- Juicios de valor: se deben evitar los juicios de valor al analizar una fuente primaria. La aparición de tales juicios puede estar relacionada con situaciones en las que cierta información o aspectos de la fuente se tornan incómodos, inapropiados o entran en conflicto con las creencias personales del analista. Este error puede caracterizarse como un anacronismo, ya que la fuente emplea un lenguaje verbal o visual que corresponde al pasado y puede diferir del uso contemporáneo. Resulta crucial reconocer que nuestra percepción de la fuente se halla inevitablemente influenciada por su contexto temporal, espacial y social, a fin de evitar interpretaciones sesgadas o con juicios de valor.

Tratamiento de la Información

La gestión de la salud pública en Colombia presenta avances significativos, así como desafíos continuos. Con el fin de abordar adecuadamente estos aspectos, es fundamental contar con un sólido tratamiento de los datos en el ámbito de la salud. A continuación, se detalla cómo puede ser tratada la información y algunas posibles fuentes de la cual será extraída.

- Registro y recopilación de datos. La investigación requerirá el uso de datos estadísticos, por lo tanto, será crucial establecer un sistema de registro de información que permita recolectar datos significativos relacionados con el bienestar de la comunidad. Esto implica la recolección de datos demográficos, epidemiológicos, estadísticas sobre enfermedades, tasas de mortalidad, disponibilidad de servicios de atención médica y otros aspectos pertinentes. Los protagonistas principales encargados de recopilar esta información incluyen el Ministerio de Salud y Protección Social, las entidades territoriales encargadas de la salud y las instituciones médicas.

- En Colombia, existen iniciativas de datos abiertos y plataformas de acceso público que proporcionan información sobre salud. Estas plataformas incluyen portales gubernamentales, como “el Sistema Único de Información de la Protección Social (SISPRO)”, donde se pueden encontrar datos sobre aseguramiento en salud, provisión de servicios y gestión financiera.
- Sistemas de información en salud. Es esencial identificar y examinar sistemas de información en el ámbito de la salud que faciliten la gestión segura, el análisis y el almacenamiento de los datos obtenidos. Estos sistemas pueden comprender registros médicos electrónicos, bases de datos centralizadas, herramientas de vigilancia epidemiológica y recursos para el análisis de la información. En este contexto, el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud desempeñan un papel central en el desarrollo y la sostenibilidad de dichos sistemas.
- Investigación y estudios. La obtención de datos relacionados con la administración de la salud pública se logra a través de investigaciones y análisis llevados a cabo por instituciones académicas, centros de investigación y organismos especializados. Estas investigaciones abarcan diversos aspectos de la salud, que van desde la evaluación de políticas públicas y la efectividad de intervenciones sanitarias hasta el escrutinio de indicadores de salud, la valoración de programas y la calidad de la atención médica, entre otros. Los hallazgos provenientes de estas investigaciones representan valiosas fuentes de información que provienen de fuentes gubernamentales y entidades públicas, siendo cruciales para la toma de decisiones en el campo de la salud.

Enfoque Reflexivo Sobre la Relación Entre la Gestión Pública de la Salud y la Política de Salud En Colombia: Implicaciones Y Perspectivas

Recuento Histórico de la Promoción Salud

En 1820 en Escocia, William P. Alison, profesor de jurisprudencia médica en la Universidad de Edimburgo, citado por García & Tobón (s.f) la estrecha conexión entre la escasez de recursos financieros y la propagación de enfermedades, un vínculo que quedó confirmado posteriormente con la aparición de epidemias de Fiebre Recurrente en los años 1827 y 1828, así como del Cólera en 1831 y 1832. (p 3).

En 1826 en Francia, Louis René Villermé, citado por García & Tobón (s.f), elaboró un informe detallado sobre las tasas de mortalidad en diversas regiones del país, poniendo de manifiesto la fuerte conexión entre la pobreza y la propagación de enfermedades. En el año 1840, subrayó de qué manera las condiciones de vida precarias estaban directamente vinculadas con la muerte prematura de los empleados en las fábricas textiles que procesaban, lana, seda y algodón. (p 3).

En 1820, Rudolf Virchow, citado por García & Tobón (s.f), enfatizó la importancia de movilizar a la comunidad para educar a las personas acerca de su salud personal y para asegurar un nivel de vida apropiado que promoviera o mejorara la salud. Se le atribuye el título de 'Padre de la Medicina Social' debido a su enfoque en la prosperidad y la libertad dentro del marco de una democracia plena. Su enfoque subrayó la imperante necesidad de que las personas asumieran la responsabilidad de su propia salud, en colaboración con el compromiso del gobierno, y destacó la relevancia de los elementos sociales en el concepto integral de salud, superando la anterior priorización de la dimensión biológica. Además, introdujo factores condicionantes como la prosperidad, la libertad y la democracia en la comprensión de la salud. (p 3).

John Snow (s.f), citado por Mantilla (s.f), mencionó que la carestía económica y la indigencia ejercen un impacto en la relación entre los factores desencadenantes y el individuo y su entorno. (p 2)

En 1945, el médico e historiador europeo Henry Sigerist, un médico e historiador europeo, citado por García & Tobón (s.f), propuso cuatro funciones fundamentales para el campo de la Medicina. La primera de estas funciones, que denominó 'Promoción de la Salud', resaltó la importancia de mejorar la salud a través de un nivel de vida adecuado, condiciones laborales favorables, acceso a la educación, actividad física, descanso y tiempo para el esparcimiento. Esta perspectiva, compartida tanto por Sigerist como por Virchow, consideraba otros componentes sociales que también influyen en la salud. Estos elementos fueron oficialmente reconocidos como determinantes de la salud en la Declaración de Yakarta en 1997, más de cinco décadas después. (p 3)

En 1974, el Ministerio de Salud de Canadá, citado por García & Tobón (s.f), publicó el "Informe Lalonde", que introdujo la noción del fomento de la salud como una táctica oficial. Esta estrategia estatal comprendía políticas públicas destinadas a respaldar la preservación de la salud, además de iniciativas educativas dirigidas a personas y grupos. El informe hizo hincapié en la relevancia de centrarse en acciones que fomentaran modificaciones en el estilo de vida como un componente esencial de esta estrategia. (p 3)

De acuerdo con García y Tobón (s.f.), el marco de la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa, Canadá en 1986, se presentó una descripción exhaustiva de la Promoción de la Salud y se consolidó como un plan a nivel global. Se resaltaron las circunstancias necesarias y los componentes que influyen en la salud, al igual que la paz, la educación y la vivienda, la nutrición, los ingresos, la estabilidad del ecosistema, la justicia social

y la equidad. Esta conferencia abordó la salud no solo como una meta, sino como un recurso vital en la vida cotidiana. De esta manera, se introdujo un enfoque positivo del bienestar que abarca todos los sectores y sistemas sociales, culturales y económicos.

Para García y Tobón (s.f.), la Carta de Ottawa resume los principios fundamentales de la Promoción de la Salud que han sido elaborados por varios autores y discutidos en reuniones internacionales de salud. Esta carta establece una estrategia que integra aspectos gubernamentales, comunitarios e individuales, considerando factores de índole social, políticos, ambientales, económicos y culturales. En su esencia, abarca la totalidad de los aspectos de la vida y la salud, y se erige como un documento guía de alcance global para la provisión de servicios de salud.

García y Tobón (s.f.), afirman que, en 1991, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están respaldando activamente iniciativas destinadas a promover la salud en la región de América Latina. La promoción de la salud se describe como un enfoque colaborativo que involucra a las comunidades, los servicios de atención médica, las entidades de salud pública y diversos sectores socioeconómicos. Estas acciones tienen como finalidad la mejora de las condiciones de salud, tanto a nivel individual como colectivo, con el propósito de generar un impacto positivo en la salud de la población.

García y Tobón (s.f.), también afirman que, en 1992, La Declaración de la Conferencia Internacional ha sido oficialmente adoptada sobre Promoción de la Salud en Santafé de Bogotá. En esta declaración, se abordaron los desafíos particulares que enfrentaban los estados en vías de desarrollo y se subrayó la importancia de crear condiciones que promovieran la igualdad en el ámbito de la salud.

Saúl Franco (s.f), médico especialista en medicina social, citado por García & Tobón (s.f), expreso que la Promoción de la Salud está intrínsecamente relacionada con el ciclo de vida humano, abarcando desde el nacimiento hasta el fallecimiento. Sus metas se centran en la preservación de la salud y la vida, lo que involucra cambios esenciales en los sistemas de atención médica como en la capacitación del personal sanitario. Estos cambios se realizan sin descuidar los aspectos terapéuticos y preventivos, como se detalla de manera clara.

En resumen, la promoción de la salud cumple una doble función: salvaguardar la salud y fomentar hábitos de vida saludables. Su enfoque abarca a toda la población y a los individuos en su rutina diaria. Su objetivo es intervenir conjuntamente en los factores que afectan la salud, con el fin de impulsar el desarrollo humano y el bienestar, tanto de individuos sanos como enfermos. En este contexto, se considera que la enfermedad puede ser una oportunidad para el crecimiento personal. Para mejorar la calidad de vida, es necesario un compromiso a largo plazo y una inversión inicial significativa. La efectividad de esta estrategia radica en lograr cambios en las condiciones y el modo de vida.

De acuerdo con García y Tobón (s.f), para que este proceso sea exitoso, se requiere un compromiso esencial de los sectores gubernamentales y la comunidad, respaldado por una significativa inversión financiera por parte del Estado. En el caso de Colombia, se ha implementado un financiamiento específico destinado a la promoción de la salud mediante la Ley 60 de 1993, que abarca recursos procedentes del sistema de cotizaciones, situación financiera y aportaciones de renta definida.

Antecedentes de Salud Pública en Colombia

De acuerdo con la Universidad de Sabán (s.f), la salud pública es un campo interdisciplinario que engloba diversas áreas científicas y actividades con el propósito de mejorar

la salud de la población. Este campo surgió durante la Revolución Industrial y el proceso de urbanización, lo que llevó a la implementación de medidas como la mejora del saneamiento del agua, la gestión de desechos y el control de enfermedades transmitidas por vectores. Con el tiempo, esta disciplina ha evolucionado para abarcar otras áreas, tales como la prevención de desastres y la gestión de enfermedades crónicas.

Para la Universidad de la Sabana (s.f.), la falta de planificación en infraestructuras históricamente propició la aparición de epidemias. Sin embargo, en 1853, durante una epidemia de cólera en Londres, el médico John Snow demostró los beneficios de la salud pública al identificar la fuente del brote. En la década de 1840, el movimiento de salud pública en Londres propició la promulgación de las primeras leyes organizadas de salud pública, y estos avances se vieron complementados por el descubrimiento de antibióticos y vacunas en el siglo XX.

Como lo sustenta la Universidad de la Sabana (s.f.), tras la Segunda Guerra Mundial, se crearon organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) con el objetivo de combatir enfermedades y desnutrición infantil. A medida que la esperanza de vida ha aumentado, la atención se ha centrado en las enfermedades crónicas y en cómo prevenirlas mediante cambios en el estilo de vida y la promoción de entornos saludables. A lo largo de la historia, la salud pública se ha consolidado como una disciplina con funciones fundamentales, incluyendo análisis de salud, vigilancia, promoción de la salud, participación comunitaria, desarrollo de políticas, regulación, equidad, gestión de recursos humanos, calidad de atención médica, investigación y respuesta a emergencias.

[En Colombia, en 1887, La salud pública se estableció dentro del gobierno nacional mediante la aprobación de la Ley 30. Esta ley condujo a la creación del Consejo Sanitario

Central, integrado por tres médicos y un profesor de ciencias naturales. Además, se establecieron departamentos sanitarios y las agencias pertinentes tuvieron que seguir sus regulaciones.] (s.f).

<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/2390/9789587194036.11.pdf?sequence=11>

De acuerdo con Farré Irina (s.f.), en el año 1991, en Colombia, se promulgó una nueva Constitución Política que define la seguridad social como un servicio público bajo control estatal. Este cambio significativo llevó a la reestructuración del sistema nacional de salud, que englobaba diversos sectores, como la salud pública, la seguridad social y los subsistemas privados. Posteriormente, en 1993, la Ley 60 delineó las competencias y los recursos de las unidades territoriales, y en ese mismo año, la Ley 100 estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con un sistema de certificación en salud, con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios de salud.

Como lo afirma Farré (s.f.), a principios de la década de 1990, el Ministerio de Salud, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y diversas organizaciones, desarrolló las "Instrucciones para la Certificación de Proveedores de Atención Médica (IPS)" basadas en estándares internacionales. No obstante, los intentos previos de establecer un Consejo Nacional de Acreditación habían fracasado. Finalmente, en 1996, el Decreto 2174 estableció un sistema de garantía de calidad obligatorio, definiendo la acreditación como un proceso voluntario destinado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad más elevados.

Según el Ministerio de la Protección Social (2003), en noviembre de 2003, ICONTEC fue designado como el organismo de acreditación en Colombia. A partir de principios de 2004, ICONTEC comenzó a desarrollar los procedimientos necesarios para internacionalizar la evaluación de estándares con el objetivo de mejorar la competitividad global del sector de la salud y la capacidad de exportar servicios. En 2005, se otorgaron las primeras acreditaciones a

instituciones en Colombia, y con el tiempo, ICONTEC se convirtió en miembro de ISQua e implementó gradualmente mecanismos para fortalecer sus rigurosos estándares.

Según afirma el Ministerio de Salud (s.f), un estudio comparativo posterior condujo al desarrollo de un sistema unificado de acreditación de atención médica para Colombia en colaboración con varias organizaciones. El Decreto 1474 (2002) establece que este sistema forma parte del Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Atención en Salud (SOGC). El Decreto 1011 (2006) define la calidad de la atención en salud y establece características como disponibilidad, capacidad, seguridad, idoneidad y continuidad.

En Colombia, se han logrado avances significativos en la gestión de la salud pública que han tenido un impacto positivo en el sistema de salud. Algunos de estos avances clave a lo largo del tiempo incluyen:

Creación del Ministerio de Salud y Bienestar Social (1942). El establecimiento de este ministerio fue fundamental para formular e implementar políticas de salud en el país. Ha desempeñado un papel crucial en la protección de la salud pública y ha logrado reconocimiento internacional por programas exitosos, como el control de la tuberculosis.

Introducción de la Seguridad Social (1946). La implementación de un sistema de seguridad social facilitó el desarrollo del seguro de salud en Colombia, con políticas posteriores destinadas a garantizar el acceso a la atención médica.

- Adopción de la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) en la década de 1970: Esta estrategia tenía como objetivo proporcionar servicios de salud integrales, equitativos y asequibles a toda la población.

- Introducción del Sistema General de Seguro Social (SGSSS) en 1993: La creación de este modelo de seguro universal representó un avance significativo en el sistema de salud.
- Sanción de la Ley 100 de 1993: Esta ley introdujo reformas importantes en el sistema de salud, incluyendo la creación de Empresas de Promoción de la Salud (EPS) y el Fondo de Garantía y Solidaridad (FOSYGA).
- Implementación de programas y políticas de prevención de enfermedades: Esto incluye iniciativas como el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), el Programa de Prevención y Control de Enfermedades Infecciosas y el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
- Adopción de estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas: Esto se refleja en planes como el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y el Plan Nacional de Salud Pública 2021-2030.

Determinantes Sociales de la Salud en Colombia

Con base en la información derivada de la Encuesta de Calidad de Vida realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) en el año 2015, la investigación se sirvió de modelos de respuesta cualitativa ordenada para evaluar las implicaciones de diversos factores sociales en la percepción del estado de salud.

Según la Organización Mundial de la Salud, las condiciones socioeconómicas en las que las personas residen ejercen una influencia sustancial en la mayoría de los problemas de salud. Estas condiciones abarcan aspectos tales como el entorno ambiental, el estilo de vida, la predisposición genética y, en menor medida, el sistema de atención médica (OMS, sin fecha especificada). Investigaciones en Colombia, basadas en análisis de las Encuestas de Calidad de

Vida de 1997 y 2003, Núñez y Ramírez (2023) concluyeron que la salud se encuentra estrechamente vinculada a factores de naturaleza socioeconómica, geográfica, comportamental y social.

Los hallazgos de este análisis proporcionan una mayor comprensión de las dinámicas en juego. Se destaca la influencia de la complejidad en la percepción de la salud. Por un lado, es importante señalar que ciertos factores ejercen un efecto positivo en la percepción de un buen estado de salud. Estos factores comprenden los ingresos mensuales del hogar, el nivel educativo más alto alcanzado, el género masculino, y la residencia en áreas urbanas y regiones caracterizadas por un mayor desarrollo económico y social. Los resultados del estudio evidencian que niveles superiores de educación, el género masculino en contextos urbanos, y áreas con mayores niveles de desarrollo económico y social están correlacionados de manera positiva con la percepción positiva de la salud.

En contraste, es preocupante observar que ciertos grupos de población enfrentan desafíos persistentes en términos de salud. Los individuos de mayor edad, aquellos con niveles educativos más bajos, las mujeres, las personas de ascendencia afrodescendiente, los desempleados y los residentes en áreas rurales y específicamente en la región pacífica del país tienen una mayor probabilidad de auto declarar una salud regular o deficiente. Este patrón de resultados señala la necesidad de intervenciones focalizadas y políticas encaminadas a optimizar las circunstancias de salud en estos grupos vulnerables.

Un aspecto de notable relevancia radica en el hecho de que, a pesar de haber transcurrido más de una década desde que se llevaron a cabo los primeros estudios acerca de los determinantes de la salud en Colombia, los resultados arrojados no reflejan cambios sustanciales en el panorama observado. En concreto, se mantiene la constante en la cual las mujeres, las

personas afrodescendientes y los habitantes de las islas del Pacífico en Colombia continúan siendo los grupos de población con mayor probabilidad de experimentar resultados de salud desfavorables.

La Promoción en Salud Pública en Colombia

García y Tobón (s.f) revelaron que, en el ámbito de la salud, el enfoque ha estado principalmente en el tratamiento de enfermedades, ocasionalmente en su prevención y poco en el cuidado general de la salud. Sin embargo, la Promoción de la Salud busca cambiar esta perspectiva. Este texto examina los orígenes históricos de esta promoción desde el siglo XIX, donde estudiosos como Alison, Villermé y Virchow, citados por García y Tobón (s.f), identificaron la conexión entre la enfermedad y la carencia económica, así como las condiciones de vida precarias. (p 2)

Prevención de la Enfermedad

El término prevención se encuentra intrínsecamente ligado al ciclo de salud y enfermedad. A lo largo de la historia, se han suscitado diversas interpretaciones de los conceptos de salud y enfermedad, las cuales han estado influenciadas por los contextos políticos, económicos y sociales imperantes en cada época.

En 1945, Henry Sigerist, citado por García y Tobón (s.f), definió la Prevención al igual que la Promoción como una de las cuatro funciones de la Medicina, junto con el tratamiento y la rehabilitación. Posteriormente, estas funciones fueron identificadas por los norteamericanos como componentes de la Salud Pública. Además, Sigerist diferencia entre promoción de la salud y prevención de enfermedades, argumentando que las acciones orientadas a promover la salud poseen un carácter preventivo. Por ejemplo, se denomina "Promoción" a un programa dirigido a evitar el inicio del tabaquismo, mientras que un programa diseñado para reducir o cesar el

consumo de tabaco se clasifica como "Prevención". La cesación del hábito tabáquico, en esta instancia, contribuye a mitigar el riesgo de padecer enfermedades vinculadas al tabaquismo. (p 7)

García y Tobón (s.f) señalan que cuando se habla de prevención hay que volver al curso natural de la enfermedad según Leavell y E.G. Clark.

Figura 1.

Modelo de Leavell y Clark (1965).



Fuente. Información obtenida de Prezi

Como se evidencia en el diagrama previo, la prevención está intrínsecamente vinculada a teorías concernientes a las causas de la enfermedad en diversos modelos médicos. Su definición abarca la ejecución de medidas técnicas que engloban aspectos tanto médicos como no médicos. Su propósito es triple: prevenir enfermedades (prevención primaria), abordar su tratamiento (prevención secundaria) y restaurar las capacidades deterioradas (prevención terciaria).

La prevención primaria. se define como un conjunto de actividades orientadas a reducir el riesgo de enfermedad al disminuir los factores de riesgo o la probabilidad de su desarrollo. En el diagrama previo, la prevención primaria se desglosa en dos niveles: "Atención general de salud" y "Protección especial". La Acción Común busca crear condiciones propicias para prevenir enfermedades, fortalecer la inmunidad y promover un entorno saludable. Sin embargo, es importante notar que esta definición presupone la presencia de enfermedad en lugar de enfocarse

en la promoción y el cuidado de la salud y el bienestar, aspectos esenciales de la promoción de la salud.

El Plan Básico de Beneficios de Salud (PAB) se estableció con la implementación de la Ley 100, que introdujo un nuevo sistema público de atención médica. Este plan se diseñó para regular la provisión de servicios fundamentales de atención médica pública. En su alcance se incluyen una variedad de actividades, procedimientos y documentos proporcionados por el Sistema Universal de Seguridad Social con el propósito de preservar o restaurar la salud de las personas y prevenir pérdidas económicas derivadas de accidentes laborales y enfermedades profesionales.

El programa de beneficios de salud se divide en seis programas específicos: Programa de Beneficios Básicos (PAB), Programa de Beneficios Obligatorios (POS), Programa de Beneficios Obligatorios Subsidiados (POSS), Programa de Atención Complementaria (PACS), Atención de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP), y apoyo en caso de accidentes y desastres de tránsito (ATEC). El PAB, regulado por la Resolución 04288 de 1996, abarca la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la vigilancia de la salud pública y la gestión comunitaria de factores de riesgo. Los otros programas se dedican a distintas áreas de atención médica y servicios relacionados.

La Ley 100 establece que el Plan Básico de Beneficios (PAB) debe ser gratuito, universal y obligatorio, e incorporar una serie de actividades, como educación para la salud, control del tabaco y el alcohol, planificación familiar, desparasitación en las escuelas y campañas de prevención a nivel nacional. El Acuerdo No. 117 de 1998 detalla las medidas y procedimientos preventivos de cumplimiento obligatorio en el marco del PAB. Aunque el PAB tiene un enfoque en la prevención, también abarca actividades relacionadas con la promoción de la salud. Tanto la

Atención Primaria en Salud (APS) como el PAB constituyen el primer nivel de atención médica y contribuyen a la implementación de objetivos generales dentro del sistema nacional de seguridad social en salud.

Según el Ministerio de salud (s.f), para mejorar la salud y empoderar a las personas, es esencial intervenir en los determinantes de la salud y reducir las desigualdades. Este objetivo se logra a través de diversas acciones, que incluyen el desarrollo de políticas públicas, la creación de entornos saludables, el fortalecimiento de la participación comunitaria, la promoción de conductas personales saludables y la transformación de los servicios de salud. La promoción de la salud requiere una colaboración sólida entre diferentes sectores para movilizar a las comunidades y generar cambios significativos en los resultados de salud. Esto involucra la implementación de programas en áreas como la salud bucal y estrategias para eliminar la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita.

De acuerdo con Robledo (2021), La evolución de la política de promoción de la salud en Colombia desde 1992 ha sido moldeada por una serie de factores tanto internos como externos. En el ámbito nacional, la descentralización, la Constitución de 1991 y la reforma de salud de 1993, junto con los cambios en curso, han desempeñado un papel fundamental. Además, factores como el cambio económico, el conflicto armado, la violencia, el narcotráfico y la persistente problemática de la pobreza, desigualdad y disparidades territoriales han dejado su huella en esta dinámica. A nivel internacional, la influencia de la globalización, las tendencias neoliberales, las directrices emanadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las divergencias en los enfoques de promoción de la salud y atención primaria de salud también han tenido un impacto significativo en la configuración de la política de salud en Colombia.

Para Robledo (2021), en 1992, durante la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Santa Fe de Bogotá, Colombia, se introdujo el Programa de Promoción de la Salud (PS). Durante este evento, se subrayó la significativa relevancia de la promoción de la salud y la equidad como elementos clave para el desarrollo del bienestar en la región, haciendo hincapié en la interdependencia entre ambos aspectos. En dicho contexto, el continente fue reconocido como un lugar lleno de esperanza y potencial para el futuro, con un compromiso compartido de materializar esa esperanza y vivir en paz y dignidad.

A lo largo del tiempo, el Programa de Promoción de la Salud (PS) en Colombia ha enfrentado una serie de desafíos tanto a nivel político nacional como en el ámbito internacional. Ha debido adaptarse a las transformaciones en la estructura política y social del país, incluyendo la descentralización, la promulgación de la Constitución de 1991, la reforma del sistema de salud en 1993 y los acuerdos de paz. Además, la Conferencia de las Partes ha tenido que lidiar con factores como cambios en los modelos económicos, conflictos armados, la persistencia de la violencia, el desplazamiento forzado de poblaciones, la pobreza y las desigualdades sociales.

También Robledo (2021), afirma que, a pesar del complicado entorno político, la promoción de la salud en Colombia ha experimentado una evolución notable desde 1992, forjada por una serie de decisiones políticas que han tenido un impacto significativo en su desarrollo a nivel nacional.

Además, para Robledo (2021), en Colombia, las Prácticas de Promoción de la Salud (PPS) carecen de financiamiento adecuado para su implementación y desarrollo. No se observa una participación ni diálogo efectivo entre los actores clave involucrados en estas prácticas, y la coordinación intersectorial y el liderazgo en este ámbito son débiles. La ausencia de una estructura de liderazgo intersectorial conduce a una falta de cooperación entre los diferentes

sectores. Las políticas relacionadas con la salud rara vez se evalúan en aspectos de resultados y fines de salud, lo que genera limitaciones en su efectividad. La involucración de la sociedad en la creación de estas políticas es escasa y la implementación de los acuerdos de paz enfrenta obstáculos.

Según Robledo (2021), los factores políticos que interfieren en la salud no se comprenden ni estudian lo suficiente. La toma de decisiones, la asignación de responsabilidades y los intereses e influencias que subyacen en las decisiones y qué perspectivas guían la inversión y las prioridades en salud son aspectos que necesitan un análisis más profundo.

Robledo (2021), dice que, en línea con la perspectiva de salud en todas las políticas que se planteó en la Conferencia de Promoción de la Salud, el objetivo radica en fomentar la cooperación y la sinergia entre las políticas gubernamentales nacionales con el fin de abordar los determinantes sociales de la salud y crear entornos que fomenten la salud, en sintonía con los principios de la Carta de Ottawa. No obstante, resulta evidente que las medidas internas no han tenido éxito en la resolución de los problemas fundamentales del país, tales como la distribución desigual de la riqueza, las cuestiones relacionadas con los ingresos y las problemáticas medioambientales. Además, la falta de soluciones también refleja un abandono por parte del Gobierno en el ámbito del sistema de salud.

La Ley 100 de 1993, aprobada en Colombia dentro del marco de su constitución política, marcó un cambio fundamental en el sistema de salud del país al establecer el Sistema General de Seguridad Social y Salud (SGSSS). Esta ley representó un quiebre respecto a la normativa anterior que se remontaba a 1975, la cual se centraba en proporcionar asistencia a los más necesitados a través de hospitales públicos. La transformación impulsada por la Ley No. 100 se caracteriza por enfoques descentralizados y neoliberales influenciados por la economía de la

salud, las teorías de gestión de la década de 1990 y criterios de rentabilidad basados en los servicios de salud. Este cambio ha sido identificado por algunos como el tercer paradigma de la salud pública moderna, caracterizado por su enfoque en la gestión económica.

El objetivo principal de la Ley 100 es brindar a los colombianos acceso a la seguridad social de salud. Para lograr este objetivo, la Ley se divide en dos elementos principales: la prestación de servicios de salud y la descentralización de las actividades de salud a nivel municipal y departamental.

- Garantizar los servicios de salud. El primer elemento del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) garantiza la atención de la salud de las personas a través de las Empresas Promotoras de Salud (EPS). A pesar de sus nombres, estas empresas no participan en la promoción de la salud. Las EPS deben brindar servicios de salud a sus afiliados a través de servicios institucionales de salud (IPS), como hospitales, clínicas y centros de salud. Estos servicios se brindan bajo un esquema de beneficios llamado Régimen Obligatorio de Salud (POS), que incluye la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades, así como cobertura familiar.
- El aseguramiento de los servicios de salud se divide en dos regímenes. Contributivo y Subsidiado. El Contributivo es para personas con medios económicos para pagar, como trabajadores, independientes o pensionados, que cotizan a través de las EPS para acceder al POS. El Subsidiado es para personas más vulnerables y pobres, donde el Estado cubre los costos a través de presupuestos departamentales y municipales. Esto les proporciona un Plan Obligatorio de Salud del régimen Subsidiado (POS-S) que abarca alrededor del 50% de las acciones del POS del régimen Contributivo. Es

importante destacar que el componente de promoción de la salud y prevención de enfermedades es igual en ambos regímenes.

- **Descentralización.** En el ámbito de la salud implica que las entidades territoriales, conformadas por 32 departamentos y 1120 municipios, asumen responsabilidades específicas en la gestión de la salud. Estas responsabilidades se dividen en cuatro áreas clave: supervisar el sistema de salud a nivel departamental o municipal, promover la salud y prevenir enfermedades a través de un Plan de Atención Básica (PAB), regular el aseguramiento y supervisar la salud pública y los servicios de salud. Además, en el caso de los departamentos, se les asigna la tarea de brindar apoyo técnico a los municipios dentro de su jurisdicción.

En sus inicios, la promoción de la salud bajo esta legislación se entendía como actividades realizadas exclusivamente por los servicios de salud, y se equiparaba a la prevención de enfermedades. Esta concepción predominó en los primeros años de la implementación, abarcando tanto el Plan Obligatorio de Salud (POS) como el Plan de Atención Básica (PAB). El PAB, siendo responsabilidad estatal, de carácter colectivo, de acceso gratuito para la población y obligatorio para municipios y departamentos, también se alineó con esta perspectiva.

Sin embargo, el Plan de Atención Básica (PAB) establecía la obligación de abarcar la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la vigilancia en salud pública y el control de factores de riesgo, la mayoría de las acciones se enfocaron en la prevención de enfermedades comunes y la vigilancia de la salud pública. Esto se debió principalmente a que estas actividades estaban arraigadas en un enfoque biológico y centrado en la enfermedad, que resultaba más familiar para los profesionales de la salud que contaban con una formación específica en este campo. En contraste, las acciones de promoción de la salud requerían enfoques intersectoriales,

participación comunitaria y la aplicación de diversas metodologías, en las cuales el personal sanitario no tenía el mismo nivel de experiencia y liderazgo, ya que implicaban la creación de condiciones saludables para la comunidad.

A pesar de que en Colombia se implementaron políticas como la Ley 1122 de 2007 y el Decreto 3039 del mismo año, las cuales establecieron un marco teórico y conceptual para fomentar la salud y mejorar la calidad de vida, fundamentado en el enfoque de la salud como un derecho humano y socialmente determinado, la regulación final en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas modificó esta perspectiva. La promoción de la salud se vio reducida a acciones centradas en la difusión y atención a través de los servicios de salud, con una mínima interconexión intersectorial y escasa intervención comunitaria. Además, las estrategias de información, educación y comunicación para la salud también sufrieron un menoscabo. Además, Montoya (2011) afirma que, este Plan todavía refleja un enfoque medicalizado y biologicista, que se centra principalmente en la enfermedad, y presenta ciertas confusiones en lo que respecta a la promoción de la salud y la prevención de riesgos en la salud.

Claramente, se manifiesta una brecha entre el conocimiento que tenemos sobre la promoción de la salud y su consecuencia en la sociedad en comparación con lo que realmente se realiza a nivel local en las ciudades y departamentos del país. Para aquellos involucrados en la promoción de la salud, el desafío radica en encontrar maneras de introducir e implementar cambios innovadores con el propósito de elevar el nivel de salud de la comunidad. Esto requiere alejarse del enfoque tradicional que se limita al ámbito de la salud y que se centraliza únicamente en la ausencia de enfermedades.

Modelo de Atención en Salud

El gobierno colombiano implementó una política de salud integral a través de la Resolución 429 de 2016 con el fin de incrementar el bienestar de la salud de su población. Esta política se sustenta en una serie de leyes previas, desde la Ley 100 de 1993 hasta la Ley 1751, que finalmente consagró el derecho fundamental a la salud. A pesar de estos avances legislativos, el sector de la salud en Colombia todavía enfrenta desafíos significativos, que incluyen la fragmentación de la atención médica, la baja productividad, una elevada carga de morbilidad, problemas de corrupción, entre otros.

La Política de Atención Integral en Salud (MIAS) tiene por objetivo abordar estos desafíos combinando estrategias como la atención primaria centrada en la familia y la comunidad, la gestión integrada de riesgos y la atención diferenciada. Su objetivo es garantizar una atención sanitaria equitativa y centrada en la persona, manteniendo al mismo tiempo estándares de calidad y continuidad. El modelo MIAS incluye diez elementos que incluyen características de la población, vías de atención integrada, gestión de riesgos para la salud, redes de proveedores, incentivos, sistemas de información, recursos humanos e investigación e innovación mejoradas.

Sin embargo, surgen interrogantes en relación a la aplicación y eficacia de este enfoque debido a la discrepancia existente entre dos perspectivas sobre la salud: por un lado, la corriente neoliberal que considera la salud como un derecho social no esencial, y, por otro lado, la visión que la concibe como un derecho fundamental y ético. Asimismo, este modelo se enfrenta a desafíos que incluyen la reconciliación de la atención primaria con enfoques orientados hacia el paciente, así como la convivencia de intereses públicos y la dinámica del mercado.

A pesar de sus nobles intenciones, persisten incertidumbres en cuanto a si este enfoque logrará superar las restricciones inherentes al sistema actual de salud basado en la seguridad social y si verdaderamente representa una reforma estructural indispensable o no.

Política de Atención Integral en Salud

“Un sistema de salud al servicio de la gente”

Figura 2.

Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Avances.



Fuente. Información obtenida de Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS

Figura 3.

Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Dificultades.



Fuente. Información obtenida de Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS

10 componentes Del Modelo Integral De Atención En Salud, Mías

Según Seguros Sura (2019), el Proyecto Nacional de la Política de Integración en Salud (PAIS) se encuentra respaldado por la Ley 1751 de 2015 y tiene como principal objetivo asegurar el derecho a la salud a través de la provisión de servicios accesibles, oportunos y eficaces. Esta iniciativa, como explica Seguros Sura (2019), comprende el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que abarca diez actividades dirigidas a fomentar el bienestar y el desarrollo de las personas. Cada una de estas actividades desempeña un papel crucial en la consecución de dicho objetivo.

- **Caracterización poblacional.** Este aspecto involucra la clasificación de la población en diferentes regiones del país según edades y grupos de riesgo, lo que facilita la prestación de servicios de salud personalizados que satisfagan las necesidades individuales de los pacientes.
- **Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS.** Define cuándo y cómo se debe brindar atención a los pacientes mediante tres tipos de RIAS: promoción y mantenimiento de la salud, grupos de riesgo y vías de atención específicas.
- **Ejecución de la Gestión Integral del Riesgo de Salud (GIRS).** Se enfoca en inspeccionar los riesgos de salud, prevenir enfermedades y discapacidades, y promover la salud en general.
- **Definición de las áreas geográficas del Modelo Integral de Atención en Salud.** Considera factores sociales, geográficos, étnicos y de género para determinar cómo se deben prestar los servicios de salud en áreas urbanas, rurales y remotas.

- Sistemas Integrados de Proveedores de Servicios de Salud. Define las funciones de los proveedores de servicios de salud, ya sean públicos o privados, que atienden en una determinada área geográfica.
- Redefinición del rol del asegurador. Establece nuevas responsabilidades y capacidades técnicas para las entidades aseguradoras en el ámbito de la salud.
- Reestructuración del sistema de incentivos. Propone condiciones que tienen como meta mejorar la calidad y eficiencia y efectividad de la prestación de servicios de salud.
- Necesidades y procedimientos del sistema de información. Pone un énfasis especial en la gestión de la información centrada en el ciudadano, asegurando una adecuada recolección, análisis y uso de los datos de acuerdo a las necesidades del sistema de salud.
- Reforzamiento del Recurso Humano en Salud – RHS. Su propósito es mejorar las competencias y circunstancias laborales del personal de salud, buscando asegurar una atención de calidad.
- Reforzamiento de la investigación, innovación y adopción de conocimiento. Plantea desafíos relacionados con la innovación e investigación en áreas como la sostenibilidad financiera, los recursos humanos y las políticas públicas en el sistema de salud.

Políticas de Salud Pública y su Gestión en Colombia

Para el Ministerio de salud (s.f), la gestión de la salud pública y las políticas de salud en Colombia son dos factores estrechamente vinculados que desempeñan un rol fundamental en la integridad y la calidad de vida de la comunidad. Estos dos aspectos mantienen una estrecha

relación, influyéndose mutuamente para asegurar la igualdad en la accesibilidad a los servicios de salud de alta calidad para todos los habitantes. Las políticas de salud pública colombianas han generado un interés tanto a nivel nacional como internacional. No obstante, los intentos y avances ejecutados para optimizar los servicios de salud, persisten desafíos significativos en términos de cumplimiento y eficiencia en la gestión.

Según el capítulo 4 – Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud (s.f), La relación entre la gestión de la salud pública y la política de salud pública en Colombia parece un complejo laberinto interconectado que, en lugar de contribuir al bienestar de sus ciudadanos, dificulta su acceso a servicios de calidad. La interdependencia de estos elementos se presenta como un enigma, y los esfuerzos para asegurar la accesibilidad igualitaria a una atención de calidad están lejos de ser soluciones efectivas. El desarrollo de políticas de salud puede ser problemático debido a la naturaleza multidimensional de las necesidades de la sociedad, los impactos negativos acumulativos, los recursos limitados y la necesidad de soluciones que trasciendan el ámbito de la salud.

De acuerdo con el capítulo 4 – Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud (s.f), la de definición de política pública como una serie de elecciones bien fundamentadas adoptadas por cualquier departamento y en todos los niveles de gobierno y regidas por un conjunto de reglas es acertada y precisa. Sin embargo, es importante destacar que el contenido de estas políticas puede enriquecerse aún más teniendo en cuenta la intervención activa de la sociedad civil y la consulta con expertos en salud y otras disciplinas relevantes. Esta inclusión de múltiples perspectivas y conocimientos puede conducir a políticas más sólidas y efectivas que aborden de manera integral las necesidades y desafíos de la sociedad.

También el capítulo 4 – Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud (s.f), afirma que, al analizar la política de salud pública y compararla con la gestión actual de la salud pública en Colombia, se revela una visión integral y fascinante del sistema de salud y sus políticas. Asimismo, se observa una amplia gama de experiencias a nivel regional, nacional y local, que reflejan tanto la diversidad geográfica como ciertas tendencias, resultados y desafíos compartidos. Un ejemplo de esto es el impacto de las presiones orientadas a mejorar significativamente los sistemas de salud. Estas presiones han dado lugar a tendencias significativas, como la transformación de la función del gobierno en la prestación de servicios de salud, pasando de ser un simple proveedor de servicios a asumir responsabilidades regulatorias y de coordinación. Esta redefinición influye en el funcionamiento del sistema de salud y abre la puerta a la expansión desigual de los seguros de salud privados. Esta tendencia hacia la privatización también se extiende a las instituciones de seguridad social, afectando las pensiones y otras maneras de protección social, así como el propio sistema de salud.

Además, el capítulo 4 – Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud (s.f), dice que, en teoría, el adelanto de una política nacional de prestación de servicios de salud debería representar un hito trascendental. No obstante, en la práctica, esta política tiende a ser más una expresión de propósitos que una estrategia sólida. A pesar de los lineamientos estratégicos presentados, la disparidad entre la teoría y la práctica es evidente. A medida que la gestión de la salud pública sigue enfrentando desafíos acumulativos y emergentes, los objetivos de un mejor aprovechamiento de los recursos y una calidad superior en la prestación de servicios parecen difíciles de lograr.

En el capítulo 4 – Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud (s.f), se encuentra que, a pesar de los intentos realizados por Colombia en el ámbito de la política de

salud pública, siguen existiendo brechas significativas en cuanto a la igualdad de acceso, la financiación adecuada, la calidad de la atención, la coordinación y la batalla contra la corrupción. La ejecución de reformas efectivas y la mejora de la gobernanza son fundamentales para abordar estos desafíos y garantizar un sistema de salud más eficiente y equitativo para todos los ciudadanos colombianos.

El capítulo 4 – Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud (s.f), también afirma que, la salud no se restringe solo a la falta de enfermedad, sino que engloba el bienestar físico, mental y social de una persona. Se considera un motor fundamental del progreso económico y social de un país debido a su impacto en el capital humano. Dado su valor, es crucial comprender los componentes clave que intervienen en la salud, ya que las políticas públicas pueden intervenir en estos aspectos para mejorar la salud y, en consecuencia, promover el desarrollo económico. El enfoque en la eficiencia está perdiendo terreno a medida que surgen nuevos desafíos, como la aparente segmentación y fragmentación en la prestación de servicios de salud. La falta de coordinación y atención focalizada resulta en la fragmentación de la atención, comprometiendo su alcance y reduciendo el acceso seguro a los servicios.

Paralelamente en el capítulo 4 – Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud (s.f), se observa que, la expansión desigual del seguro médico privado refleja crecientes disparidades en el acceso a la atención médica. De manera similar, la privatización de las instituciones de seguridad social, incluidas las pensiones y otras vías de protección social, y la comercialización de los servicios de salud han tenido un impacto importante en la estructura y disponibilidad de la atención médica.

Para el autor del capítulo 4 - Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud (s.f), es evidente que el sistema de salud de Colombia enfrenta problemas estructurales y

sistémicos que tienen un impacto negativo en su población. La ausencia de un sistema de incentivos sólido y equilibrado, una regulación inadecuada de la relación entre los aseguradores y los proveedores de servicios de salud, y una deficiente gobernanza en todos los niveles han resultado en un sistema de atención médica disfuncional y en una disparidad entre la oferta y la demanda de servicios.

Una crítica evidente es la desarticulación entre la creación de políticas y su posterior gestión. Aunque se han diseñado políticas ambiciosas para abordar problemas de gestión el sistema de salud, en muchos casos se ha fallado en la implementación efectiva y la distribución de recursos apropiados. La corrupción y la debilidad institucional han socavado los esfuerzos en la ejecución de políticas públicas en Colombia. La falta de transparencia y rendición de cuentas ha llevado a desviaciones de recursos y a la disminución de la fe de la ciudadanía en el estado.

La fragmentación y descoordinación entre las instituciones encargadas de la implementación de políticas públicas en salud en Colombia han debilitado los resultados esperados. La falta de concordancia entre diferentes entidades gubernamentales dificulta la implementación efectiva de políticas integrales en el sistema de salud.

De acuerdo con lo encontrado en la National Library of Medicine (2019), a pesar de la variedad cultural y étnica de Colombia, las políticas de salud pública a menudo no logran promover la inclusión y la justicia social. La ausencia de acceso equitativo a los servicios de salud sigue siendo un problema fundamental en Colombia, especialmente en las zonas rurales y las comunidades marginadas. En Colombia, las desigualdades en salud persisten y son más pronunciadas en las comunidades con mayores necesidades básicas insatisfechas (NBI), donde los índices de desnutrición son mayores, los bebés nacen con bajo peso y la mortalidad por diarrea aguda e infecciones respiratorias es mayor.

Análisis de las Deficiencias y Retos Cruciales en la Gestión de la Salud Pública en Colombia: Aspectos Estructurales y Operativos

Según lo descrito por Méndez (s.f.), la gestión de la salud pública en Colombia enfrenta muchas deficiencias y desafíos tanto a nivel estructural como operativo. Las entidades territoriales enfrentan serios desafíos de salud debido a limitaciones institucionales, operativas y financieras. Esto genera dificultades en el desempeño de sus responsabilidades en las áreas de atención de salud, acceso a servicios de salud y planificación y evaluación de programas de salud pública.

Los Grandes Problemas del Sector Salud

En el ámbito del sector salud, de acuerdo a los resultados en salud de los últimos 30 años, realizado por Núñez y Ramírez (2023), se han los siguientes identificado tres problemas fundamentales que se considera que requieren una atención urgente y sistemática.

- Los servicios de salud presentan deficiencias notables en su prestación, evidenciándose marcadas desigualdades en términos de oferta, acceso, calidad y oportunidad. Estas disparidades afectan principalmente a diversos segmentos de la población, diferenciados por ocupación e ingresos, así como a residentes de áreas urbanas y rurales, especialmente en zonas geográficamente apartadas.
- El sistema de salud se encuentra confrontando desafíos relacionados con la falta de recursos adecuados y la dificultad para mantener una situación financiera estable. Los gastos en el sistema superan los ingresos disponibles, resultando en déficits anuales y una creciente deuda que amenaza la integridad del sistema en su conjunto. Además, se observa una cartera de deudas difícil de recuperar y un aumento sustancial en los gastos, influenciado en parte por el modelo de "pagos por evento". Este escenario se complica

por la falta de incentivos para que los proveedores controlen sus gastos de manera efectiva.

- El sector salud aún presenta muchas deficiencias en su organización institucional y estructura de gestión, reflejadas en la falta de cooperación entre políticas, sujetos y niveles de gobierno. Esto dificulta garantizar efectivamente el derecho a la salud. Además, el sistema está dividido y desigual en términos de riesgos financieros, lo que genera desincentivos para facilitar el acceso y, a su vez, incentiva la promoción del gasto excesivo y descontrolado.

Acceso Desigual a la Atención Médica

A pesar de los avances en la atención de salud en Colombia en los últimos años, persisten importantes desigualdades en el acceso a una atención de salud de calidad entre las poblaciones urbanas y rurales, así como entre las clases socioeconómicas. Las zonas rurales y remotas suelen tener dificultades para acceder a servicios médicos adecuados.

En Colombia, casi el 99% de la población tiene cobertura de salud, pero esto no garantiza su eficiencia, según “el informe 2021-2022 del Consejo Privado de Competitividad (CPC)”. A pesar de la alta cobertura, la Encuesta de Calidad de Vida del Dane revela que existen barreras que impiden a los usuarios acceder a la atención médica cuando la requieren.

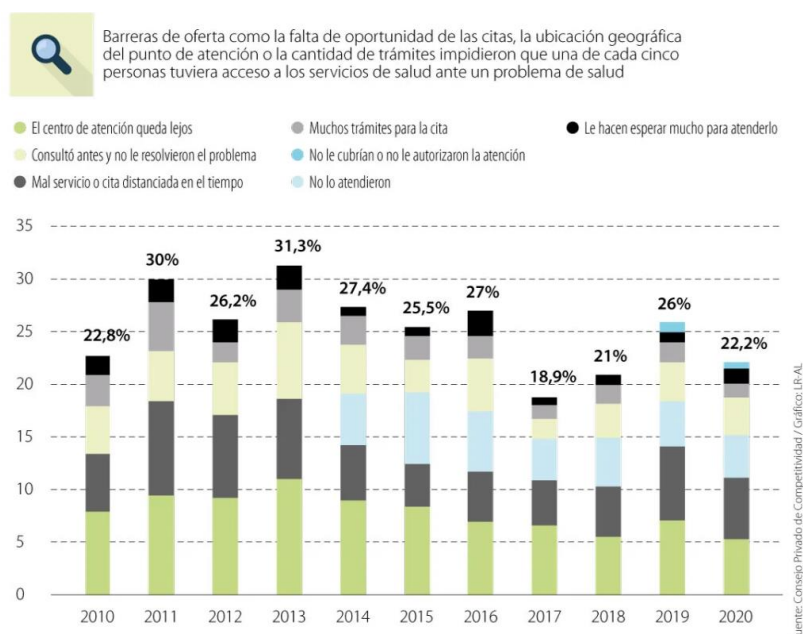
Estas barreras incluyen problemas afines con la oferta de servicios de salud, como la disponibilidad de citas, la calidad del servicio, la ubicación geográfica de los centros de atención y la burocracia para realizar procedimientos médicos. Además, el acceso a servicios médicos especializados puede requerir esperar hasta cuatro meses en promedio, y los pacientes a menudo se ven obligados a recibir atención en lugares lejanos a su lugar de residencia.

Francisco Castellanos, director de la Organización para la Defensa del Paciente (s.f.), destaca la necesidad de eliminar el rol de intermediario financiero de la Sociedad Promotora de Salud (EPS) y reemplazarlo por un sistema de derivación directa a clínicas y hospitales para mejorar el acceso y garantizar el pago oportuno al personal médico. También aboga por centrarse en la prevención de enfermedades y en los determinantes sociales de la salud.

Además, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (s.f) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (s.f), señalan que la pandemia ha desviado recursos sanitarios limitados en la región, afectando la continuidad de la atención.

Figura 4.

Principales dificultades para acceder al sistema de salud



Fuente. Información obtenida de la republica

Según un informe sobre Desigualdades Sociales en Salud en el país (2010), en Colombia, la inequidad en el acceso a la atención de salud no se limita a factores como el PIB per cápita, los niveles de pobreza o la desigual distribución de las condiciones económicas, sociales y políticas. Esto también se ve afectado indirectamente por las condiciones en las que una persona nació,

vivió, trabajó y envejece. Estos factores ambientales y sociales contribuyen a las inequidades en salud en Colombia.

Según la secretaria de salud colombiana (s.f.), a nivel nacional, las personas que no pueden pagar son remitidas a un sistema de subsidio llamado Sisbén para recibir atención médica. Sin embargo, este sistema es insensible a los desempleados, los desempleados y los enfermos crónicos porque no les proporciona un acceso progresivo a la atención médica y la calidad de la atención se va deteriorando con el tiempo. Esto hace que las personas de bajos ingresos gasten más en atención médica y utilicen menos los servicios institucionales de atención médica, recurriendo en ocasiones a tratamientos caseros y a la automedicación para evitar sobrecargar el sistema.

Según la encuesta de calidad de vida del DANE (2019), el Sistema de Seguro Universal de Salud (SGSSS) cubre al 92,8% de los residentes urbanos y al 94,3% de los residentes rurales. Sin embargo, en las zonas rurales densamente pobladas y dispersas, el 83,2% de los ciudadanos polacos divididos utilizaron el subsidio. Sin embargo, en las capitales, más personas participan en el seguro (58,8%) que en el sistema subsidiado (41,0%). La disparidad en el acceso a la atención de salud varía entre las instituciones colombianas.

Aproximadamente el 80% de la población en departamentos como Caquetá, La Guajira, Sucre, Amazonas, Nariño, Arauca, Putumayo, Chocó, Guainía, Vaupés y Vichada es atendida por el régimen subsidiado. En contraste, departamentos como Bogotá, San Andrés, Cundinamarca, Antioquia, Valle, Risaralda, Quindío, Caldas y Santander tienen un porcentaje mayor de individuos afiliados al régimen contributivo.

CEPAL (2019) afirma que Colombia, el coeficiente de Gini aumentó de 0,508 en 2017 a 0,517 en 2018, lo que indica una distribución desigual del ingreso. Este aumento de 9 puntos

porcentuales se debe al aumento de la pobreza de ingresos en ciudades como Quibdó, Riohacha y Bogotá durante este período. (DATA, Boletín Técnico. Pobreza monetaria en Colombia, 2018). Según el informe de la CEPAL de 2018 "Panorama Social Latinoamericano 2019", el coeficiente de Gini de Colombia es de 0,49, en contraste con Argentina y Uruguay cuyo coeficiente de Gini es de 0,39. Según la Encuesta Nacional de Hogares, esto significa que la brecha de ingresos es más acentuada en Colombia.

Las brechas de desigualdad en los ingresos tienen una consecuencia en la desigualdad en el acceso a la atención médica y la cobertura de salud. Las personas con ingresos más bajos a menudo enfrentan dificultades para acceder a tratamientos o control de sus enfermedades debido a limitaciones en su seguro de salud. Estas condiciones no solo afectan la equidad en los gastos de salud, sino que también crean obstáculos adicionales para el acceso, exacerbando la desigualdad en la atención médica.

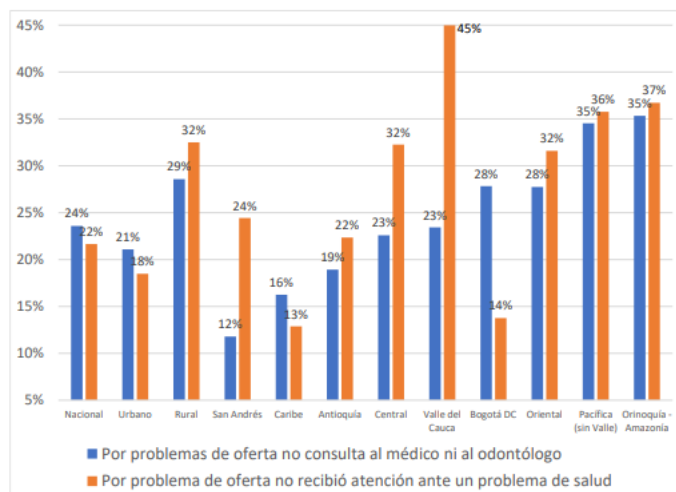
El género se refiere a cómo se crean roles, percepciones, estereotipos y relaciones de poder relacionados con lo masculino y lo femenino, y esto varía en distintos momentos y culturas. Según el Ministerio de Salud, estas construcciones sociales pueden causar brechas en el acceso a la atención médica. La OMS señala que estas desigualdades pueden manifestarse de diversas maneras, como diferencias económicas y culturales, falta de atención en salud materna e infantil, violencia sexual, falta de tratamiento adecuado para enfermedades graves o trastornos mentales, y roles de género, entre otras.

De acuerdo con la conclusión de Méndez (s.f.), el país se enfrenta a una prestación inadecuada de servicios de salud, con marcadas diferencias en oferta, acceso, calidad y puntualidad entre los diversos grupos de la población según su oficio, su carrera y sus ingresos. Estas diferencias también se reflejan en las disparidades urbano-rurales, especialmente en las

regiones más remotas como la Orinoquia, la Amazonía, partes de la costa del Pacífico, La Guajira y otras. Además, la eficiencia de las organizaciones de promoción de la salud (EPS) varía según la zona geográfica del país.

Figura 5.

Problemas de oferta para no consultar o no recibir atención ante un problema de salud.



Fuente. Información obtenida de DANE - Encuesta de Calidad de Vida (2020)

Para Méndez (s.f.), a pesar de algunos avances, el modelo de atención primaria de salud (APS) aún no está completamente definido, con excepción de algunos proyectos piloto que dejan atrás una estrategia de coordinación de la atención interdisciplinaria en todos los niveles de complejidad, como el de 2011. Falta de atención las redes y la falta de personal capacitado contribuyen a la falta de claridad sobre el modelo APS. Lo mismo ocurre con el modelo sanitario integrado, al no existir una hoja de ruta integrada clara y transparente para una atención

coordinada, complementaria y eficaz que garantice el derecho de los pacientes a la salud que necesitan en las diferentes etapas.

Financiamiento Insuficiente

En Colombia, el sistema de salud se financia mayormente mediante contribuciones de empleadores, empleados y el Gobierno. A pesar de esto, en ocasiones no se dispone de suficiente financiamiento para cubrir las necesidades médicas de la comunidad, lo que puede llevar a la escasez de recursos para comprar equipo médico y medicamentos importantes.

El Banco de la Republica (2023), explica que, financiar el sistema de salud de Colombia es fundamental para asegurar que todos los miembros de la sociedad tengan acceso a servicios de salud de alta calidad. Sin embargo, en los últimos años, el sector ha estado luchando con muchos problemas financieros y administrativos, lo que ha incrementado el requerimiento de capital presupuestario.

Para el Banco de la Republica (2023), estos problemas incluyen altos niveles de informalidad, lo que lleva a un incremento en la cantidad de individuos que participan en el sistema de subsidios en comparación con el sistema contributivo. Además, se emitieron órdenes judiciales para igualar los planes de beneficios entre ambos regímenes, lo que generó una mayor demanda de recursos. Además, es necesario incluir servicios y medicamentos que no están incluidos en la capitalización unitaria (UPC), lo que también contribuye a las presiones financieras. Eximir a las empresas de cotizaciones para los trabajadores que ganan menos o 10 salarios mínimos también afecta la disponibilidad de recursos.

Siguiendo la explicación del Banco de la Republica (2023), el sistema de salud ha incurrido recientemente en costos adicionales para atender a los migrantes venezolanos, cumplir con los deberes del estado por motivo del Acuerdo Final e incurrir en costos relacionados con la

emergencia de Covid-19. En resumen, el financiamiento del sistema de salud de Colombia está bajo presión debido a una serie de factores, lo que subraya la importancia de encontrar soluciones para asegurar su sostenibilidad y eficiencia.

Como lo asevera Banco de la Republica (2023), durante la última década, el financiamiento del sistema de salud colombiano ha aumentado debido a varios factores clave. Estos el reconocimiento de prestaciones y medicamentos que no están dentro de la cobertura básica por el Programa de Seguro Básico de Salud, la existencia de altas tasas de empleo informal, lo que lleva a un aumento en el número de ramas del régimen de subsidio y la exención para que las empresas paguen primas de seguros. para trabajadores con el décimo salario mínimo o menos.

El Banco de la Republica (2023), también dice que, en Colombia, la principal fuente de la financiación del sistema de salud se compone principalmente de las contribuciones realizadas por los afiliados al régimen patrocinado y las fuentes financieras, incluidos los aportes del Presupuesto General del país (PNB) y las transferencias a cuenta a través del Sistema de Participación General (SGP). En los últimos años, este recurso ha aumentado del 4,4% del producto interno bruto (PIB) en 2011 al 5,2% del PIB en 2022, alcanzando un máximo del 6,3% del PIB en 2020. Estos recursos se utilizan principalmente para financiar los programas de seguros y subsidios a través de pagos unitarios (UPC) a las Sociedades Promotoras de Salud (EPS) de ambos programas. Estos costos, en promedio, representan alrededor del 80% de los costos totales del sistema durante el período 2011-2022.

Además, el Banco de la Republica (2023), sostiene que, los costos reales de la UPC han aumentado debido a la introducción de nuevos medicamentos y servicios en el Plan de Beneficios de Salud (PBS), que anteriormente se registraban como costos debido a presupuestos

y límites de reembolso. Además, la pandemia de Covid-19 y el acuerdo final para condonar la deuda de las entes nacionales y territoriales con diversos componentes del sistema sanitario han creado una presión adicional sobre el gasto, que alcanzará el 0,77% del PIB en 2021.

Para el Ministerio de Salud y Protección Social (2013), territorio colombiano es uno de los países de América Latina y del mundo donde la desigualdad social y el desequilibrio en el sistema de salud son notables. Estas diferencias persisten sin mejoras significativas, como lo muestra la evaluación de la CEPAL de 2009. Entre 2002 y 2007, la situación empeoró en lugar de mejorar. (Departamento de Salud y Atención Social, 2013)

Además, el Ministerio de Salud y Protección Social (2013), asevera que, los indicadores muestran que Colombia tiene la distribución del ingreso más pobre de la región, lo que refleja una marcada la disparidad de ingresos entre el 10% más acaudalado y el 40% más empobrecido en términos de ingreso. Además, también se destaca la magnitud de la diferencia en las pérdidas de salud entre el 1.º y 5.º quintil de ingresos en el país. Estos desafíos socioeconómicos y de salud plantean serios desafíos para el desarrollo y la igualdad en Colombia.

Méndez (s.f), apunta que, el sistema de atención sanitaria se enfrenta a graves problemas financieros debido a los desequilibrios entre costes e ingresos. Este desequilibrio resulta de recursos insuficientes, especialmente en un sistema sin subsidios, y de la acumulación de déficits anuales que ponen en riesgo el sistema. Además, la situación empeora a medida que las carteras de inversión luchan por recuperarse y los costos de la atención médica siguen aumentando. Este problema se agrava debido al modelo de pago por evento, que genera costos excesivos y una falta de incentivos para que los proveedores de atención médica controlen los costos. Además, la eficiencia del gasto en términos de resultados de salud no puede evaluarse efectivamente porque los términos contractuales entre las EPS y las IPS no incluyen la efectividad y los resultados

como objetivos primarios. En resumen, existen serios problemas de sostenibilidad financiera en todo el sistema de atención de salud.

En contraste, para la Organización panamericana de la salud (s.f), Lograr el objetivo del acceso universal a la atención de salud y su protección adecuada se ve obstaculizado por la insuficiencia de fondos y la utilización ineficiente de los recursos disponibles. Mientras que los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) gastan alrededor del 8% de su Producto Interno Bruto (PIB) en gasto público en salud, mientras que en América Latina y el Caribe esta cifra fue del 3,8% del PIB en 2011. Para abordar las brechas de financiación en la atención de salud, a menudo se utilizan pagos directos en el punto de uso de los servicios de atención de salud. No obstante, esta estrategia crea barreras para acceder a los servicios y tiene impactos negativos en la salud individual y comunitaria. También incrementa la probabilidad de que las personas enfrenten gastos financieros catastróficos de atención médica, lo que puede empujar a las familias a la pobreza.

Según Méndez (s.f), el sector de salud enfrenta problemas de recursos financieros insuficientes, escasez de personal capacitado y una infraestructura limitada para cumplir con las obligaciones establecidas en la Ley estatutaria y asegurar el derecho a la salud. Estas limitaciones ejercen una presión constante sobre las finanzas del sector debido a varios factores:

- Insuficientes recursos asignados a la Unidad de Capital (CUP) y presupuesto máximo.
- Presión financiera adicional debido a la implementación de la Ley y la falta de criterios científicos para regular la lista de servicios excluidos. Presiones financieras adicionales debido a la implementación de la Ley Estatutaria y la falta de criterios científicos para ajustar la lista de servicios excluidos.

- La demanda de servicios no cubiertos por el Programa de Bienestar aumentó significativamente, generando escasez en todo el proceso de abastecimiento de servicios, aumento de la deuda, reducción de la liquidez e impactos negativos en los estados financieros de todos los involucrados en la provisión de servicios de atención de salud.

En concordancia con Méndez (s.f), también el sistema de salud también se centra en aumentar los costos en lugar de gestionar el riesgo. Se utilizan varios incentivos financieros para fomentar un mayor gasto y prestación de servicios de atención médica para extraer más recursos del sistema:

En armonía con Méndez (s.f), al sistema no le importa la gestión de riesgos porque paga por los servicios, no por los resultados. Esto anima a los proveedores de servicios a gastar más, lo que provoca una escasez constante en el sistema, sin importar la cantidad de recursos asignados. Falta de incentivos para controlar los gastos hospitalarios, lo que lleva a la sobrevaloración de carteras para evitar riesgos financieros y posibles intervenciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS).

- Falta de incentivos para controlar los costes hospitalarios, lo que lleva a una revaloración de la cartera para evitar riesgos financieros y una posible intervención del Servicio Nacional de Salud (SNS).
- El modelo de pluralismo organizacional se ha visto debilitado por la pérdida de atención a la gestión de riesgos y al seguimiento de la satisfacción de los usuarios.

Además, como señala Méndez (s.f.), históricamente, el sistema de subsidios carecía de información para determinar los costos unitarios de pago (CPU) per cápita, lo que obstaculizaba la transparencia y el control de los costos en la industria. La estabilidad financiera del sistema de salud se ve amenazada por los crecientes costos asociados con las nuevas tecnologías y

medicamentos, así como por el envejecimiento de la población y la frecuente aparición de enfermedades crónicas que requieren tratamientos prolongados y costosos.

Según argumentan Espinal Piedrahita y Restrepo Zea (2021), Ley 100 de 1993 marcó cambios significativos en el financiamiento de la atención de salud en Colombia. Antes de que se aprobara esta ley, el sistema de salud estaba fraccionado y fragmentado, con un sistema de seguridad social para los funcionarios, subvenciones o financiación de organizaciones gubernamentales para sus empleados y un sistema de asistencia pública que no atiende a la mayoría de la población. El resto de la población accede a la atención médica mediante pagos directos a proveedores privados o mediante la compra de un seguro médico.

También, Espinal Piedrahita y Restrepo Zea (2021), dicen que, la financiación de la seguridad social se fundamenta en contribuciones de los empleadores y empleados formales de hasta el 7% del ingreso salarial (4,67% y 2,33%, respectivamente). La ayuda gubernamental se financia con cargo al presupuesto general del país, especialmente a los hospitales. En general, los gastos en salud equivalen al 5,5% del Producto Interno Bruto (PIB), del cual el 55% se financia con fondos públicos y el 45% con gasto privado, del cual el gasto público directo representa una alta proporción (38% del gasto total médico).

Igualmente, Espinal Piedrahita y Restrepo Zea (2021), afirman que, la Ley 100 dispuso un seguro médico universal, que aumentó del 25% en 1993 al 100% en 2000. Los recursos se ampliaron aumentando las contribuciones al 12% de los ingresos (8% de los empleadores y 4% de los empleados) y mayores contribuciones fiscales. fondo, compuesto por el 25% de las transferencias territoriales y asignaciones del presupuesto de la república destinadas a la atención de salud. Las contribuciones se utilizarán para financiar el sistema de contribuciones y se espera

que cubran al menos al 60% de la población, mientras que los recursos presupuestarios se asignarán al sistema de subsidios para cubrir el 40% restante.

Además, según Espinal Piedrahita y Restrepo Zea (2021), el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) se creó para movilizar capital procedente de aportes y el gobierno nacional financió el sistema de subsidios. Estos recursos serán asignados a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) en la forma de Unidades de Pago Per Cápita (UPC) diferenciadas por edad, género y localización geográfica, considerándose que representa la prima administrada por las EPS. plan de beneficios de salud.

Para Giedion, Villar y Ávila (2010), como lo indica Diana López (2015), el financiamiento de la salud se divide de la siguiente manera: el 36% corresponde a gastos privados, el 43,8% de estos gastos en 2006 estuvieron relacionados con pagos directos y el 51,1% con seguros privados. Los gastos de seguridad social representaron el 38% y los gastos estatales el 26%. Teniendo en cuenta que el bienestar social y los servicios públicos cubren aproximadamente el 90% de la población, suele haber una relación inversa entre el nivel de gasto y la atención sanitaria eficaz.

En cuanto al financiamiento del sistema de salud, para el Ministerio de Salud y Protección Social (2013), surgen desafíos importantes. El principal problema es la carga financiera que soporta el Estado, ya que es responsable de financiar todo el sistema. Otro tema digno de mención es la ineficacia en la gestión de estos recursos, lo que ha llevado a organismos multilaterales a recomendar la introducción de una oferta privada parcial.

Como lo afirma el Ministerio de Salud y Protección Social (2013), para formar parte del sistema de seguro social, los trabajadores deben aportar un porcentaje de sus ingresos. Por lo general, esta contribución es del 7%. Sin embargo, en áreas con afiliación limitada, la cobertura

se extiende a los familiares de los empleados, aumentando la tasa de cotización al 12%. El fondo de pensiones cubre las prestaciones médicas y de pensiones de los empleados estatales con una tasa de cotización del 5%. En algunos casos, el Estado cubre la mayor parte de los costos y los trabajadores incluso están exentos de pagar cuotas debido a la presión sindical.

El Ministerio de Salud y Protección Social (2013), asimismo deduce que, el gasto está concentrado, ya que el 61% de los recursos asignados al sistema van a sólo el 16% de la población que posee agencias de seguridad social. La asignación del presupuesto estatal a las ciudades también es ineficiente porque se asigna en función de criterios de población y pobreza, lo que a menudo resulta en una distribución desigual de los recursos que beneficia a las ciudades más ricas y poderosas, perpetuando la disparidad en los servicios entre ricos y ricos. entre el pueblo y los pobres.

Barreras En La Calidad De La Atención

Aunque se han realizado esfuerzos con el fin de elevar la calidad de la atención médica, persisten problemas como la falta de estándares uniformes en la práctica médica, la escasez de personal médico calificado y la carencia de infraestructura adecuada en algunas regiones. Esto puede afectar negativamente la calidad y garantía de los servicios de salud.

Según Méndez (s.f.). los vínculos débiles en la estructura institucional y la gobernanza del sector de la salud conducen a la ausencia de coordinación entre políticas, actores y gobiernos en todos los niveles, lo que dificulta la salvaguardia del derecho a la salud. El sistema carece de una regulación efectiva, lo cual da lugar a la provisión de servicios ineficaz. Además, el sistema está fragmentado y desigual en términos de riesgo financiero, lo que contribuye al acceso limitado y al gasto excesivo. La responsabilidad y la rendición de cuentas por la prestación de servicios son difíciles de implementar y resolver, lo que aumenta el riesgo de corrupción. Vale la

pena señalar que estas cuestiones varían considerablemente entre regiones y unidades territoriales.

Méndez (s.f.), también afirma que, históricamente, ha habido fallas en la imposición de sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), con incumplimientos frecuentes de los indicadores financieros para habilitar algunas Entidades Promotoras de Salud (EPS). Además, se requiere una mayor supervisión y control los prestadores de servicios de salud, además de una vigilancia estricta de la acreditación de instituciones de salud públicas y privadas por parte de las entidades territoriales. Las organizaciones de atención médica han luchado por avanzar hacia modelos de atención integrada a medida que la autonomía hospitalaria supera la colaboración de las agencias.

Según Méndez (s.f) insuficiencia de datos pertinentes para la administración y la toma de decisiones en el sistema de salud es un problema recurrente, debido a la limitada capacidad de los actores del sistema, como el personal médico, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las EPS, para cargar datos en sistemas como MIPRES, RIPS y PISIS. Estos sistemas no son interoperables, lo que dificulta la combinación de datos para análisis.

Para Méndez (s.f.), además, el Ministerio de Salud y Seguridad Social (MSPS) ha sido demasiado excesivo pero ineficaz en la regulación, lo que se ha visto particularmente exacerbado por la pandemia. Esta regulación no siempre se implementa de manera efectiva, lo que aumenta la complejidad y los desafíos del sistema de salud.

De acuerdo con Lemy Piedrahita et al. (2019), Las barreras de acceso a los sistemas de salud, como las administrativas, financieras, geográficas y culturales, afectan principalmente a grupos vulnerables como los niños, los afrodescendientes, los desempleados y los trabajadores informales. Estas barreras pueden adoptar la forma de un acceso limitado a pruebas de

diagnóstico y atención especializada. Es importante enfatizar que estos obstáculos provienen de las desigualdades en salud, que siempre han sido un obstáculo para el desarrollo nacional. Como señala la Organización Mundial de la Salud, estas desigualdades se definen como grandes diferencias en el estado de salud entre diferentes grupos de población y están vinculadas a la pobreza, la discriminación y el acceso desigual a los servicios públicos.

Para Piedrahita et al. (2019), en el caso de Colombia, las trabas para entrar a los servicios de atención de salud están vinculadas a características personales de los ciudadanos, como la situación económica, la educación y el tipo de seguro. También están influenciados por factores relacionados con los servicios de salud, como la calidad, disponibilidad, ubicación y funciones administrativas de los servicios de salud.

Lemy Piedrahita et al (2019), identifican dos tipos de obstáculos para obtener atención médica: las administrativas, relacionadas con los procesos requeridos para obtener atención, y las económicas, vinculadas a la capacidad económica de los pacientes para hacer frente a los costos relacionados con la enfermedad.

Corrupción y malversación de fondos

La corrupción en el sistema de salud de Colombia ha sido un problema persistente. Los recursos destinados a la salud pública a menudo se ven afectados por la corrupción y la irregularidad en el manejo de fondos, lo que reduce la capacidad del sistema para proporcionar una atención médica adecuada.

En base a las evidencias de Transparencia por Colombia (2023), el sistema de salud se encuentra en riesgo de corrupción por el volumen del presupuesto público y la carencia de transparencia entre las partes interesadas relevantes y la dificultad en la gestión y regulación. Un análisis de un total de 67 casos de corrupción en el sector de la salud registrados entre 2016 y

2020 reveló que las principales infracciones eran de carácter administrativo, privado y político, con pérdidas estimadas en torno a 1,63 billones de pesos. Los funcionarios gubernamentales estuvieron involucrados en el 46,2% de los casos, mientras que los empleados del sector privado representaron el 37,3%. Las infracciones más comunes consistieron en el incumplimiento de contratos y el incumplimiento de contratos por omisión. Además, aproximadamente el 25% de los casos de corrupción estaban relacionados con problemas en el abastecimiento de medicamentos, tales como sobrecostos, beneficiarios ficticios y medicamentos falsificados.

Villabuena y Schmalbach (2011), declaran que, en Colombia se ha revelado un escándalo de corrupción en el sector salud denominado "carrusel de la salud". El presidente Juan Manuel Santos inicialmente estimó la corrupción en alrededor de 30 mil millones de pesos, pero esa cifra resultó ser sólo la punta visible del problema de los miles de millones de pesos desperdiciados o cayendo en manos de los corruptos. Esta corrupción puede verse desde varias perspectivas, incluidas la económica, política, cultural y de salud pública.

Transparency International (2020), sostiene que, la corrupción en Colombia ha afectado gravemente la confianza y la democracia, obstaculizado el desarrollo económico y exacerbado la desigualdad, la pobreza, las divisiones sociales y las crisis ambientales.

En el sistema de salud colombiano, la corrupción crece sin control debido a la falta de transparencia y la cultura de ilegalidad entre los administradores de recursos destinados para la atención médica. Esto afecta principalmente a la población menos favorecida, debilitando "la calidad de los servicios médicos" y dificultando "el acceso a la atención médica".

Para Diario del Huila (2020), la Procuraduría ha presentado miles de demandas por negligencia sanitaria, lo que demuestra la magnitud del problema. El presidente Iván Duque denuncia el uso "mafioso" del seguro obligatorio de accidentes de tránsito (Soat) para pagos

irregulares y registros "atípicos" de enfermedades raras, que están afectando las finanzas sanitarias de Colombia.

La Contraloría General documentó recobros irregulares de 10 EPS reconocidas, lo que implicaba un mal uso de los recursos asignados al Plan Obligatorio de Salud (POS) (Tiempo, 2018).

Revista semana (2017), sustenta que, además de la corrupción financiera, la corrupción en el sistema de salud también ha provocado tragedias humanas, como muertes infantiles por desnutrición en La Guajira y muertes infantiles por desnutrición en Chocó. A pesar del enorme gasto de Colombia en el sistema de salud, Se calcula que la corrupción generó un gasto de aproximadamente 50 mil millones de pesos, dinero que cubriría casi dos años de gastos médicos sin donaciones adicionales.

Para Rodríguez, (2023), profesor Javeriano, además del caso de corrupción de la EPS SaludCoop, que fue sobreseído en 2015 por malversación y mala gestión financiera, Rodríguez señaló otros casos destacados de corrupción en la Entidad Administradora del Plan de Prestaciones (EAPB). Uno de los casos fue el llamado "cartel de la hemofilia", en el que los líderes del departamento de Córdoba malversaron regalías para el tratamiento de la enfermedad, entregaron los medicamentos a pacientes ficticios y luego les cobraron por los servicios.

Adicionalmente, Rodríguez (2023), menciona que según la Inspección Nacional de Salud, un total de 16 EPS han sido eliminadas o están siendo eliminadas, lo que subraya el alcance de la corrupción y la deficiente administración en el sistema de salud de Colombia.

Falta de Prevención y Promoción de la Salud

Aunque el sistema de salud suele centrarse en la atención médica curativa, hay una falta de énfasis en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud. Esto puede llevar a

una carga creciente de enfermedades crónicas y prevenibles, lo que aumenta los costos de atención médica a largo plazo.

Para Méndez (s.f.), los sistemas de atención médica presentan carencias en lo que respecta a estrategias colectivas de promoción de la salud y a medidas preventivas específicas y a largo plazo para mitigar las enfermedades. Además, la gobernanza adolece de una falta de coordinación entre los diversos actores involucrados en la evaluación y gestión de los riesgos que afectan a las personas y a las comunidades locales, en otras palabras, la gestión de riesgos. En términos generales, se nota una deficiencia en el seguimiento adecuado de la población, especialmente aquellos que padecen enfermedades crónicas. Este problema se manifiesta de manera más aguda en las regiones rurales y aisladas del país y está relacionado con los desafíos convencionales relacionados con la disponibilidad de personal, infraestructura y recursos de atención médica. Como resultado, se generan brechas significativas en lo que concierne al acceso a la atención médica, la calidad de la atención y los tiempos de espera. Además, la Ley 1438 no promueve la coordinación interdisciplinaria de los determinantes de los trastornos de salud en las áreas mencionadas anteriormente.

La configuración de la política de salud promocional en Colombia a partir de 1992 ha estado moldeada por factores internos que incluyen la descentralización, la promulgación de la Constitución de 1991, la reforma del sistema de salud en 1993 y sus evoluciones subsiguientes, medidas de ajuste económico, el contexto de conflicto armado, la presencia de violencia, el problema del narcotráfico, la persistente pobreza y las disparidades regionales. Además, factores de alcance global como la globalización, la adopción de tendencias neoliberales, las directrices emanadas de la Organización Mundial de la Salud y los cambios en el enfoque de la promoción

de la salud y la atención primaria también han ejercido un impacto significativo a nivel internacional.

Robledo (2022), dice que, La promoción de la salud (PS) se introdujo en Colombia en 1992 durante la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Santa Fe, Bogotá. En esta conferencia, se reconoció la importancia de la igualdad en la promoción y el desarrollo de la salud en la región, y se destacó su interdependencia. El continente africano se declaró como un lugar de esperanza y futuro, comprometiéndose a hacer realidad esa esperanza y vivir en paz y dignidad. Desde entonces, el Partido Socialista Colombiano ha enfrentado desafíos políticos tanto a nivel nacional como internacional. Ha tenido que adaptarse a los cambios en la estructura política y social del país, incluyendo la descentralización, la Constitución de 1991, la reforma del sistema de salud de 1993 y el acuerdo de paz. Además, los partidos socialistas han tenido que lidiar con factores como cambios en los patrones económicos, conflictos armados, violencia, desplazamientos forzados, pobreza y desigualdad. A pesar del complicado entorno político, los esfuerzos de promoción de la salud en Colombia han continuado avanzando desde 1992, influenciados por diversas decisiones políticas que afectan el desarrollo a nivel nacional.

Como lo menciona Robledo (2022), en Colombia, las Prácticas de Promoción de la Salud (PPS) no tienen suficiente financiamiento para llevarse a cabo adecuadamente. Además, no hay una buena comunicación y colaboración entre las personas y grupos que son importantes en este tema. También, la coordinación entre diferentes partes del gobierno y el liderazgo en este asunto no son muy fuertes. Debido a la falta de claridad en quién debe liderar estas acciones, los diferentes grupos no trabajan bien juntos. Las políticas de salud no se evalúan con regularidad para ver si están funcionando bien o logrando sus objetivos de salud, lo que significa que podrían no estar siendo efectivas. Además, la gente no tiene muchas oportunidades para dar su opinión

sobre estas políticas, y esto puede dificultar su implementación. También, hay desafíos para llevar a cabo los acuerdos de paz relacionados con la salud.

Robledo (2022), también afirma que, no se investigan ni se entienden bien Los aspectos políticos que influyen en la salud. No se analiza lo suficiente cómo se toman las decisiones relacionadas con la salud, quién es responsable de ellas y qué intereses y presiones influyen en esas decisiones. También, es importante entender qué criterios se utilizan para decidir en qué áreas de salud se invierte más y cuáles son las prioridades. Estos aspectos necesitan un análisis más detallado y profundo.

Por otro lado, Robledo (2022), sustenta que, siguiendo el enfoque propuesto por la Conferencia sobre Promoción de la Salud, inclusión de la Salud en las Políticas", nos esforzamos por promover la cooperación y la sinergia entre las políticas públicas nacionales para abordar los factores sociales determinantes de la salud y cumplir con los requisitos previos para la salud establecidos en la Carta de Ottawa. Sin embargo, las políticas a nivel nacional no han podido resolver los problemas básicos del país, como la repartición de la riqueza, los problemas de ingresos y los problemas ambientales. La falta de decisiones también refleja la negligencia del país en el sector salud. Como expone Franco (2021), el sistema de salud colombiano reconoce la existencia de seguros, pero carece de un fuerte enfoque en la salud pública. Desde 1993 la Ley 100 implementación de zoonosis, vacunación y programas de salud han sido sistemáticamente ignorados. Especialistas están de acuerdo en la necesidad de recontextualizar la salud pública, fortalecer la autoridad de las unidades territoriales frente a las compañías aseguradoras o unidades de promoción de la salud (EPS) y priorizar la gestión de riesgos sanitarios sobre los financieros. Los modelos de negocio actuales del sistema sanitario a menudo ignoran las cuestiones de salud pública.

Además, de acuerdo a la visión de Franco (2021), el modelo de atención actual se centra principalmente en la atención terapéutica más que en la promoción de la salud. La salud es considerada la ausencia de enfermedad y las EPS desempeñan un papel dominante en las redes de servicios, limitando la atención primaria de salud (APS), la salud pública y la prevención.

Igualmente, para Franco (2021), las discusiones sobre la salud pública en Colombia se han centrado en cómo se puede brindar atención primaria de salud dentro de un sistema de seguro similar al colombiano. Además, también se analizó la implementación de los determinantes sociales de la salud propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2008.

Desafíos Epidemiológicos

Colombia se encuentra ante desafíos en la administración de enfermedades infecciosas y brotes epidemiológicos, tal como se ha evidenciado dentro del marco de la pandemia de COVID-19. La capacidad para hacer frente a estas circunstancias puede estar restringida por la carencia de infraestructura, recursos técnicos y personal con la formación adecuada.

Como afirman Yepes y Marín (2028), Colombia está experimentando importantes cambios epidemiológicos con un aumento significativo de enfermedades crónicas no transmisibles. Estas enfermedades representaron el 83% de la carga total de morbilidad en 2010, en comparación con el 76% en 2005. A pesar de esta tendencia, los padecimientos infecciosos siguen siendo una preocupación en áreas remotas y selváticas, mientras que los motivos externos siguen siendo un problema en zonas afectadas por conflictos armados. Además, las enfermedades maternas e infantiles siguen siendo un problema grave en las regiones más pobres.

En línea con el Ministerio de Salud y Protección Social (2013), el perfil de salud de la población colombiana se caracteriza por una carga compleja de enfermedad y muerte que abarca

todas las etapas de la transición epidemiológica. Aunque predominan las enfermedades crónicas no contagiosas, que representan el 67% de la carga de morbilidad, también persisten problemas de salud relacionados con enfermedades transmisibles, deficiencias nutricionales y epidemias nuevas y recurrentes que afectan a todos los segmentos de la población. Además, las lesiones siguen siendo una de las importantes motivos de enfermedad, discapacidad y deceso en todas las etapas de la vida. El perfil epidemiológico de Colombia está influenciado por diversos factores de riesgo relacionados tanto con la pobreza y el acceso insuficiente a los alimentos, como con el desarrollo, el consumo y la globalización. También destaca las desigualdades y disparidades en salud, así como el lento progreso en algunas poblaciones y regiones de Colombia.

Según lo indicado por Yepes y Marín (2018) en tiempos de crisis financiera, la evaluación de la salud adquiere gran importancia en la atención sanitaria. Esto se debe a que tiene que abordar no sólo los aspectos económicos del problema, sino también un diagnóstico integral para gestionar eficazmente los recursos disponibles. En el contexto de enfermedades infecciosas persistentes y crónicas no infecciosas, además de los crecientes costos asociados con los avances tecnológicos y los costosos medicamentos, los datos obtenidos de las evaluaciones del estado de salud deben contribuir efectivamente al desarrollo de una gestión de recursos destinada a optimizar la eficacia del sector de la salud.

Fragmentación Del Sistema

El sistema de atención médica en Colombia se encuentra estructurado mediante diversas organizaciones y sistemas, incluyendo los regímenes contributivo y subsidiado. Esta complejidad puede ocasionar una fragmentación y una falta de sincronización en la entrega de servicios de salud. La fragmentación en el sistema de salud de Colombia impide que los pacientes reciban atención eficiente y coordinada, lo que puede poner en peligro sus vidas. Aunque hay múltiples

niveles de atención disponibles, su falta de coordinación puede afectar negativamente a los usuarios.

Tal como se menciona en Colombia de Trasplantes (2022), si bien existen estrategias de atención primaria de salud (APS) en el país que apuntan a ofrecer una atención integral que incluye promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, esta se ve obstaculizada por diversas dificultades. Estos incluyen la carencia de coordinación entre los diferentes programas de salud, cada uno con sus propios objetivos; uso inadecuado e ineficiente de los recursos existentes, lo que aumenta los costos; prestación de servicios de baja calidad técnica, lo que provoca insatisfacción en los usuarios; La promoción y prevención a través de brechas se pueden encontrar en la vigilancia planificada de enfermedades crónicas. En general, estas deficiencias reflejan problemas de coordinación entre las instituciones que financian y prestan servicios de salud en el país, afectando la eficiencia y la calidad de la atención brindada a los pacientes.

De acuerdo con Colombia de Trasplantes (2022), en el país, el DANE tiene registrados un total de 19.399 establecimientos de salud, de los cuales el 18,75% son privados y el 80,91% son entidades públicas. Según el Índice Nacional de Salud 2020 elaborado por Así Vamos en Salud, el 97% de los usuarios están insatisfechos con las EPS, negándoles medicamentos o servicios. Además, los beneficiarios evaluaron la calidad de los servicios de las EPS con 70 puntos (en una escala de 0 a 100). Debido al sistema de salud fragmentado, la atención insuficiente a los servicios de salud es un problema persistente en Colombia, lo que resulta en una calidad de servicio subóptima para los usuarios.

Para Rocha Sánchez y Rocha Jacome (2021), en 2016, el Sistema Integrado de Salud de Colombia (MIAS) se caracterizó por la fragmentación de condiciones específicas de atención, lo

que resultó en una escasa capacidad de gestión y una falta de marco legal que generó desigualdades. Proporcionar servicios de salud. Como resultado, surgen problemas como la corrupción, la falta de un enfoque humano, la falta de priorización de los derechos de los pacientes y deficiencias administrativas y organizativas.

Tal como lo mencionan Rocha Sánchez y Rocha Jacome (2021), los sistemas integrados de salud de Colombia enfrentan importantes desafíos de implementación debido a su limitada cobertura geográfica y la dificultad de proporcionar suficientes recursos y capacidad técnica para su funcionamiento efectivo. La fragmentación administrativa en Colombia también contribuye a este problema, ya que la separación administrativa dificulta la implementación efectiva del MIAS.

Según Rocha Sánchez y Rocha Jacome (2021), el Gobierno nacional ejerce un rol trascendental en el sistema de salud, incluida la gestión de departamentos y organizaciones gubernamentales locales. En relación a la fragmentación, observamos dos enfoques: Uno busca la solidaridad y la equidad en la atención primaria de salud (APS), que tiene como objetivo atender las necesidades de la población a través de la excelencia, la transparencia, la equidad, la continuidad y la participación intersectorial. necesario. Sin embargo, este enfoque muchas veces no considera el estado presente del sistema de salud en Colombia, que exige una mayor supervisión de la provisión de los servicios y garantiza su entrega a una población geográficamente dispersa. Esto crea una oferta fragmentada de servicios de salud que no complace los requerimientos de toda la comunidad y exige una reforma de las políticas de salud sin poner en peligro los derechos de los usuarios.

De acuerdo con Rocha Sánchez y Rocha Jacome (2021), el segundo enfoque de los sistemas de salud se centra en el cuidado personal, la promoción, la prevención y la intervención

de la salud a nivel poblacional. Sin embargo, en un sistema real caracterizado por la extrema pobreza y la ausencia de justicia, este enfoque no ha logrado reducir la desigualdad, a pesar de las mejores intenciones de los departamentos pertinentes. Esto ha provocado un aumento del número de enfermedades que requieren el uso de sistemas de salud que no son capaces de brindar protección o cobertura a toda la población. Esto demuestra que el sistema de salud está fraccionado y es incapaz de ofrecer una atención continua e integral a la comunidad.

Para Rocha Sánchez y Rocha Jacome (2021), la fragmentación en el modelo de atención se hace evidente cuando no logra cubrir los requerimientos de la comunidad, lo que resulta en insatisfacción por parte de los usuarios y la búsqueda de soluciones de manera urgente. Esto conduce a una saturación en los servicios de urgencias y la implementación de planes para mejorar la oportunidad de acceder a los servicios de atención médica. Se introduce el concepto de capacidad técnico-científica, que se refiere a la disponibilidad de insumos, especialistas y equipos para cubrir las demandas y requerimientos de la comunidad en cuanto a salud.

Evaluación Descriptiva De Los Avances En La Gestión De La Salud Pública En Colombia: Optimización Para Las Necesidades Operativas Actuales.

Los Avances Del Sistema De Salud

Hace tres décadas, el sistema de atención médica en Colombia presentaba limitaciones en relación de cobertura y la accesibilidad, mayormente beneficiando a los empleados del sector público y a aquellos con ingresos más elevados. En la actualidad, el sistema ha logrado expandir su alcance para incluir a la totalidad de la población, lo que ha resultado en una significativa reducción de los gastos directos en servicios de atención médica para los ciudadanos y en la ejecución de un programa de salud integral. Uno de sus logros más notables es la seguridad económica que proporciona a los hogares frente a gastos médicos de gran envergadura, evitando así el endeudamiento y la caída en la pobreza. Además, durante la pandemia, el sistema de salud colombiano se encargó de cubrir los costos asociados con la atención médica y la vacunación a nivel nacional, a diferencia de lo que ocurrió en muchos otros países.

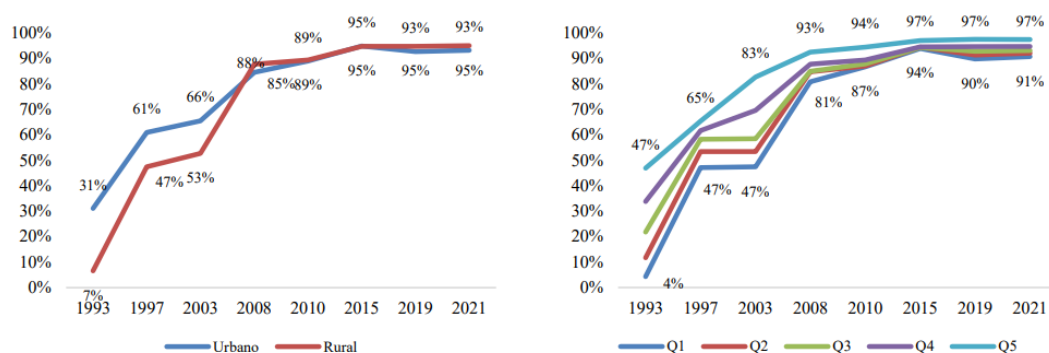
Con el paso del tiempo, el sistema de salud ha incrementado sus ventajas, fusionando los planes contributivos y subsidiados, y fortaleciendo el acceso a la atención médica. Aunque aún subsisten desafíos y reclamos en el sistema, Colombia ha logrado mejoras sustanciales en cuanto a la cantidad de personas cubiertas y la equidad en el ingreso a la atención médica.

Dentro de los años 1993 y 2021, la cobertura del sistema de salud pasó del 24% al 94%, con expansiones significativas en diferentes periodos. Las brechas entre áreas urbanas y rurales, así como entre diferentes niveles de ingresos, se han reducido drásticamente. En 1993, la cobertura en áreas rurales era del 7% y en áreas urbanas del 31%, mientras que en 2021, alcanzó el 95% y el 93%, respectivamente. Similarmente, la brecha entre el quintil de ingresos más bajo y más alto se ha cerrado: en 1993, el 4% del quintil más bajo estaba cubierto, en contraste con el

47% del quintil más alto; en 2021, estas cifras aumentaron a 91% y 97%, respectivamente. Estos avances han contribuido a una mayor protección y acceso a la atención médica en Colombia.

Figura 6.

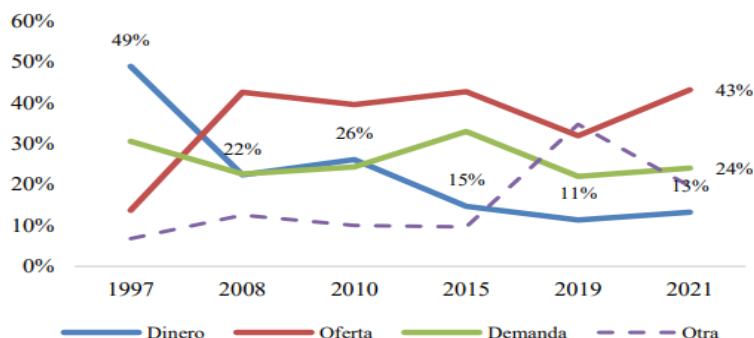
Cobertura en salud por zona



Fuente. Información obtenida de DANE - Encuesta de Calidad de Vida

En relación a los motivos por los cuales los individuos no se inscriben en el sistema de salud, estas se dividen en aspectos de oferta y demanda. Entre las razones de oferta se incluyen la existencia de muchos trámites, la tramitación pendiente de afiliación o la falta de una entidad cercana. Por otro lado, las razones de demanda abarcan la falta de interés en afiliarse, la ausencia de sabiduría sobre la necesidad de afiliarse o la ausencia de vínculo laboral con una empresa.

En 1997, el principal obstáculo para la afiliación era la falta de dinero, con un 49% de las personas citando esta razón. Sin embargo, a partir de ese año, las razones principales se relacionaron más con aspectos de abastecimiento y necesidad, mientras que la falta de recursos financieros disminuyó al 13%.

Figura 7.*Razones de no afiliación.*

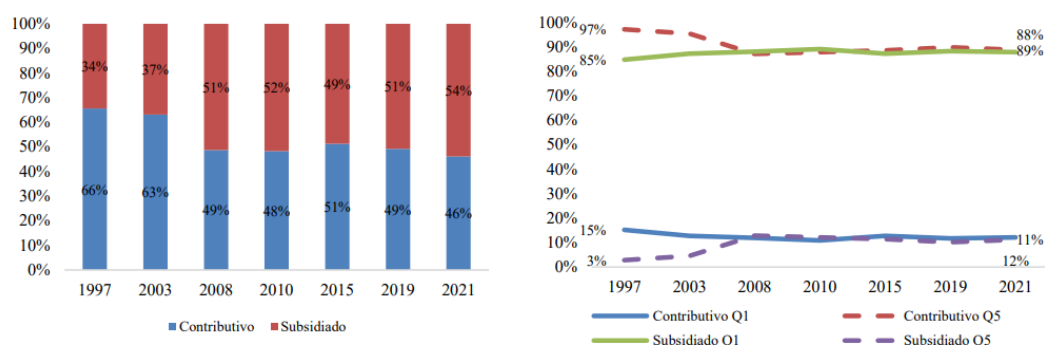
Fuente. Información obtenida de DANE - Encuesta de Calidad de Vida

El sistema de salud se divide en dos regímenes: el contributivo y el subsidiado. En 1997, el 34% de la población estaba afiliada al régimen subsidiado y el 66% al contributivo. Sin embargo, en 2021, el 54% pertenecía al régimen subsidiado, mientras que el 46% estaba en el contributivo, posiblemente debido a la influencia del COVID-19 y la pérdida de empleos.

Por otro lado, Núñez (s.f.), analiza por quintiles de ingreso, se puede observar que quienes tienen menores ingresos tienden a pertenecer al sistema de subsidios, mientras que quienes tienen mayores ingresos pertenecen al sistema de contribuciones. Esto demuestra que el sistema está logrando su objetivo de subsidiar los ingresos bajos y viceversa.

Figura 8.

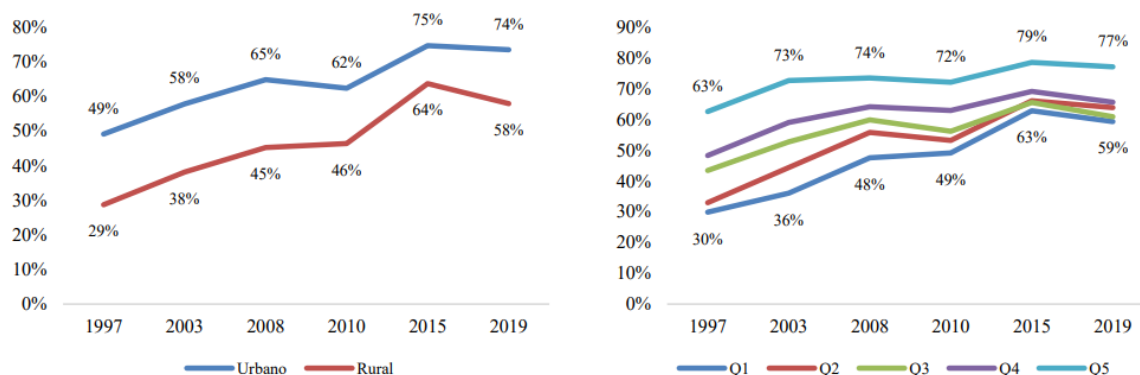
Proporciones de afiliación por régimen contributivo/subsidiado.



Fuente. Información obtenida de DANE - Encuesta de Calidad de Vida

En lo que se refiere a la prevención en salud, se observa una tendencia positiva a lo largo del tiempo. En 1997, el 43% de la comunidad acudía al médico al menos una vez al año por prevención, y en 2019, este porcentaje aumentó al 70%, llegando incluso al 72% en 2015. Esto indica un incremento en las medidas de prevención a lo largo de los años.

Además, para Núñez (s.f.), esta tendencia positiva en materia de prevención se refleja tanto en las ciudades como en las zonas rurales. Entre 1997 y 2019, el número de consultas preventivas aumentó del 49% al 74% en las ciudades y del 29% al 58% en las zonas rurales. Durante el mismo período, el número de visitas preventivas también aumentó, del 30% al 59% para el quintil más alto y del 63% al 77% para el quintil más bajo.

Figura 9.*Prevención por zona urbano /rural.*

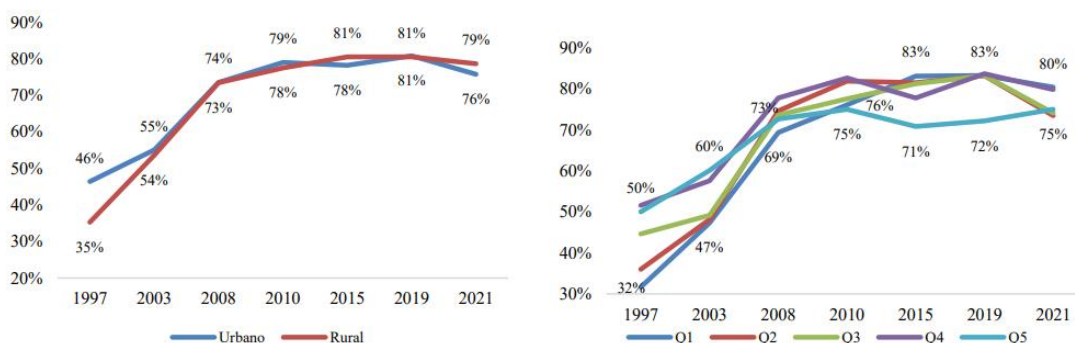
Fuente. Información obtenida de DANE - Encuesta de Calidad de Vida

El indicador de provisión de medicamentos ha experimentado mejoras con el paso del tiempo. En 1997, el 56% de los pacientes no tuvieron acceso a medicamentos, a diferencia de 2021, este porcentaje disminuyó al 24%, obteniendo inclusive el 19% en ciertos momentos. Esto indica un aumento de más del 30% en la entrega de medicamentos, aunque aún hay margen para mejorar este indicador.

Además, al igual que en otros indicadores de salud, disparidades entre áreas geográficas y grupos de ingresos han disminuido con el tiempo. En 2021, el acceso a medicamentos fue del 76% en zonas urbanas y del 79% en áreas rurales, mientras que fue del 80% en el primer quintil y del 75% en el quinto quintil. Esto sugiere una mayor equidad en el acceso a medicamentos en comparación con años anteriores.

Figura 10.

Entrega de medicamentos por zona urbano/rural.



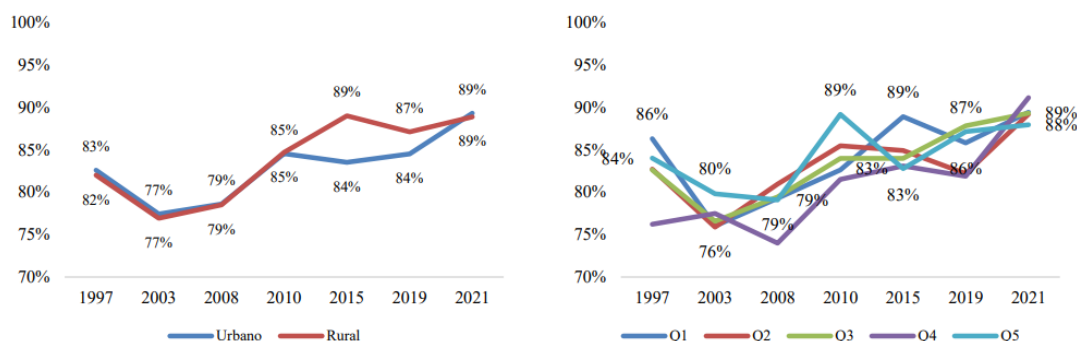
Fuente. Información obtenida de DANE - Encuesta de Calidad de Vida

La calidad del servicio médico prestado por las entidades de salud es considerada buena o muy buena por la mayoría de los usuarios. En 2021, el 89% de los encuestados evaluaron de forma positiva la calidad del servicio, por otro lado, solo el 1% lo creyó malo. En 1997, estos porcentajes eran del 82% y el 3%, respectivamente.

Este alto nivel de satisfacción se identifica en zonas urbanas como en zonas rurales, con un 89% en ambas en 2021, en comparación con el 82% y el 83% en 1997. Asimismo, se refleja en todos los niveles de ingresos, con un 89% de satisfacción en el primer quintil y un 88% en el quinto quintil en 2021, en comparación con el 86% y el 84% respectivamente en 1997. Esto sugiere una percepción positiva generalizada sobre la excelencia en la atención médica dentro del sistema de salud.

Figura 11.

Calidad en el servicio médico por zona urbano/rural.



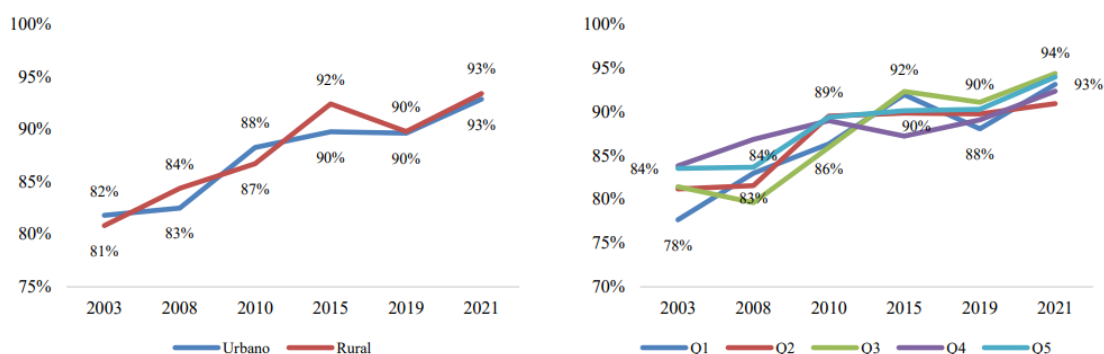
Fuente. Información obtenida de DANE - Encuesta de Calidad de Vida

Obtenido altos grados de complacencia por parte de los beneficiarios. En 2003, el 82% de quienes utilizaron este servicio lo consideraron muy bueno o bueno, mientras que, en 2021, este porcentaje aumentó significativamente al 93%.

Como afirma Núñez (s.f.), los resultados de la encuesta sobre calidad de vida muestran que las ciudades y las zonas rurales tienen percepciones similares sobre la calidad de los hospitales desde hace varios años, y una satisfacción aún mayor en las zonas rurales. Según Núñez (s.f.), esta mejora en la calidad también se refleja en todos los niveles de ingreso. Por ejemplo, en el quintil más bajo, el 78% consideraba que la calidad era muy buena o buena en 2003, mientras que en 2021 esta cifra ascendió al 93%. Asimismo, en el quintil superior aumentó del 84% al 94% en el mismo período. Esto muestra una tendencia positiva en la percepción de la calidad del tratamiento hospitalario en diferentes grupos a lo largo del tiempo.

Figura 12.

Calidad en la hospitalización por zona urbano/rural.



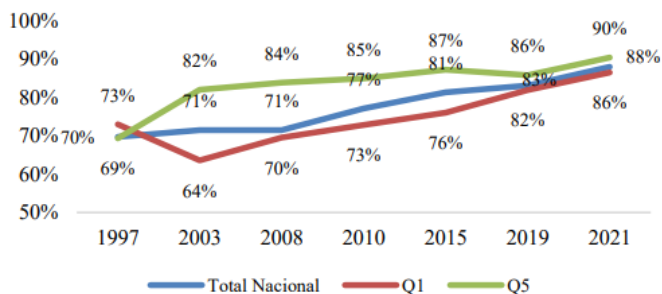
Fuente. Información obtenida de DANE - Encuesta de Calidad de Vida

Según Núñez (s.f.), Durante casi 30 años, los sistemas de salud han contribuido significativamente a optimizar la comprensión de las personas sobre su estado de salud. La cantidad de individuos que se consideran buena o muy buena salud aumentó 18 puntos porcentuales entre 1997 y 2021, del 70% al 88%, según el mismo estudio.

Además, para Núñez (s.f.), este aumento de la visión positiva de la salud ha sido más pronunciado entre el 20% más pobre de la población, cuyas opiniones sobre la salud aumentaron del 64% en 2003 al 86% en 2021. Si bien el quintil de ingresos más alto también aumentó, el incremento no fue significativo (del 82% en 2003 al 90% en 2021). En conjunto, estos datos sugieren que las disparidades en las percepciones de salud que existían hace 20 años en realidad se han reducido.

Figura 13.

Percepción del estado de salud para el total nacional y el primer y último quintil.



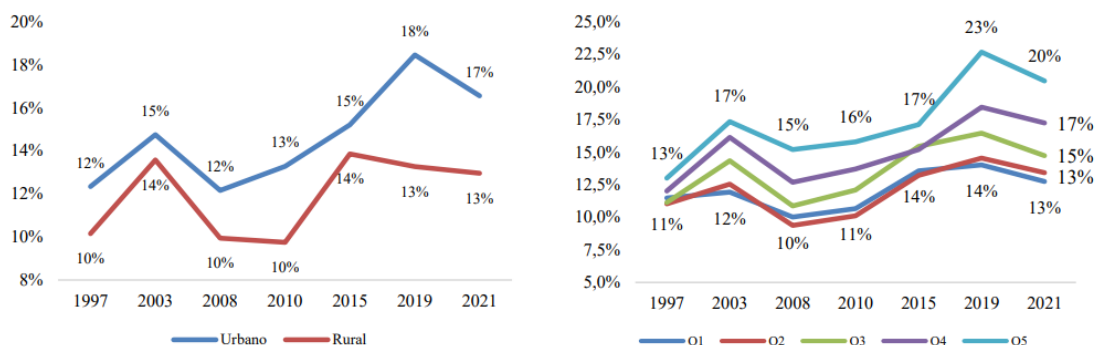
Fuente. Información obtenida de DANE - Encuesta de Calidad de Vida

Según Núñez (s.f.), en los últimos años se ha evidenciado un aumento en la incidencia de enfermedades crónicas en Colombia, entre esas enfermedades del sistema circulatorio, hipertensión, asma, bronquitis crónica, gastritis, lupus, cáncer, artritis, leucemia, diabetes y otras. Este incremento se debe especialmente al envejecimiento de las personas. En 1997, el 12% de la población padecía alguna de estas enfermedades, mientras que para 2021 había aumentado al 16%. Este aumento en las enfermedades crónicas se observa tanto en zonas urbanas como rurales, aunque se registró una disminución en las zonas rurales. Por ejemplo, en 1997, en las zonas urbanas, el 12% de los individuos tenían estas condiciones de salud, mientras que en las áreas rurales era del 10%. Sin embargo, en 2021, estos porcentajes aumentaron al 17% y al 13%, respectivamente.

Además, al analizar por niveles de ingresos, se observa que el quintil más alto de ingresos con la proporción más alta de personas afectadas por enfermedades crónicas, posiblemente grupo de ciudadanos con una esperanza de vida más elevada. En 2021, el 20% de los individuos en este quintil tenía un diagnóstico de alguna enfermedad crónica.

Figura 14.

Presencia de enfermedades crónicas por zona urbano/rural.



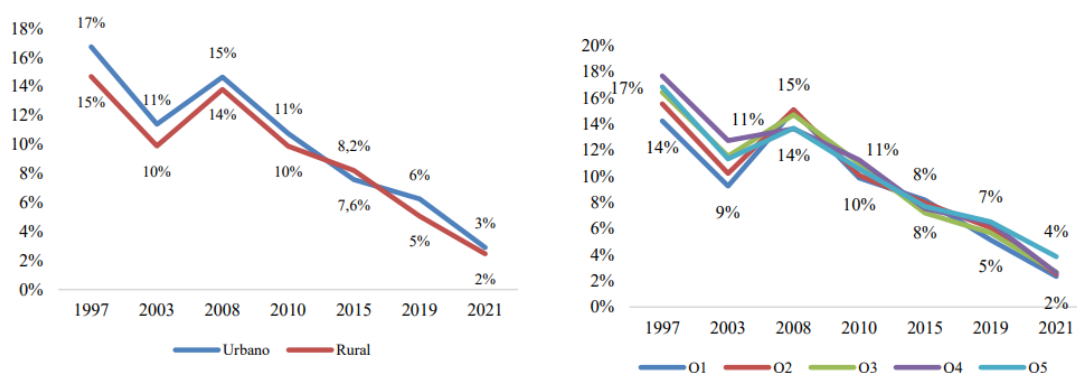
Fuente. Información obtenida de DANE - Encuesta de Calidad de Vida

La encuesta se enfoca en el estado de salud de las personas en los últimos 30 días, evaluando si han experimentado algún accidente, enfermedad o problema de salud que no implicó hospitalización. Se nota una reducción importante en el índice de individuos que informaron no haber tenido ningún problema de salud, pasando del 16% al 3% entre 1997 y 2021.

En los últimos 30 años, se ha experimentado un notable progreso en el estado de salud tanto en áreas urbanas como rurales. Por ejemplo, en 1997, el 15% de la comunidad rural y el 17% de la urbana reportaron problemas de salud en encuestas, cifras que se redujeron al 2% y al 3%, respectivamente, en 2021. También, en términos de ingresos, se observa una tendencia similar: en 1997, el 17% en el quintil de mayores ingresos y el 14% en el quintil de menores ingresos tenían problemas de salud, pero estos porcentajes disminuyeron al 4% y al 2%, respectivamente, en 2021. Estos datos indican una marcada mejoría en la salud de los afiliados a lo largo de las últimas tres décadas.

Figura 15.

Problemas de salud en los últimos 30 días por zona urbano/rural.



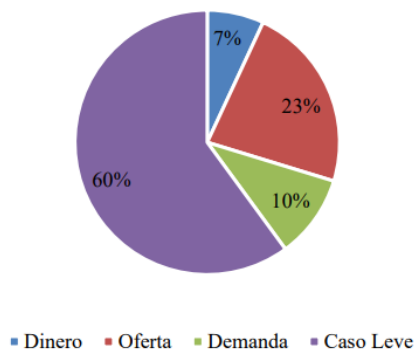
Fuente. Información obtenida de DANE - Encuesta de Calidad de Vida

En cuanto a las razones por las cuales las personas no reciben atención médica, se dividen en motivos relacionados con la oferta (como la distancia hasta el centro de atención médica y la baja calidad del servicio, falta de autorización o largas esperas) y razones de demanda (como la falta de tiempo, la desconfianza en los médicos o dificultades para desplazarse). Además, se destacan dos razones adicionales: la falta de dinero y que el caso sea leve.

Según la encuesta, el 60% de los individuos no reciben atención médica debido a que consideran que su caso es leve. El 23% de las personas señala razones relacionadas con la oferta como la causa principal para no buscar atención médica. A pesar de ello, la carencia de recursos económicos no es una explicación frecuente, ya que solo el 7% de los encuestados la menciona como motivo para no recibir atención médica.

Figura 16.

Razones para no recibir atención médica.



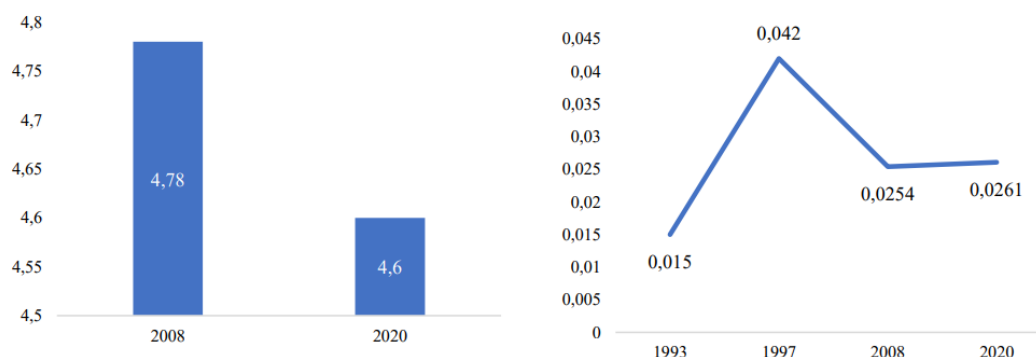
Fuente. Información obtenida de DANE - Encuesta de Calidad de Vida

La inversión en atención médica en Colombia ha desempeñado un papel importante en la reducción de la precariedad y la desigualdad en el país. De acuerdo con estudios relacionados con este asunto, se calcula que el gasto en salud redujo el índice de pobreza en 4,78 puntos porcentuales en 2008 y en 4,6 puntos porcentuales en 2020.

En términos de desigualdad, que se evalúa a través del índice de Gini, se relaciona con el gasto en salud también ha tenido un impacto positivo. Se calcula que contribuyó a una reducción de aproximadamente 0,0254 puntos en 2008 y 0,0261 puntos en 2020. Sin embargo, en 1997, la inversión en el sistema de salud condujo a una reducción aún más significativa en los indicadores de desigualdad, con una disminución de 0,042 puntos. Estos datos indican que el gasto en salud ha tenido un impacto positivo en la reducción de los niveles de pobreza y desigualdad en Colombia a lo largo de los años.

Figura 17.

Reducción de la pobreza y la desigualdad atribuible del gasto en salud.



Fuente. Información obtenida de DANE - Encuesta de Calidad de Vida

Los resultados previos han ocasionado el cambio social más notable en Colombia durante las últimas décadas. Aunque el régimen de salud tiene margen para optimizar, es importante reconocer el aporte de todas las partes implicadas, desde el personal médico hasta las Entidades Promotoras de Salud (EPS), en el desarrollo del proceso de aseguramiento.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Colombia ejercen un rol trascendental en la gestión de riesgos en salud y financieros del sistema de salud, así como en la coordinación de la provisión de servicios de salud. Esto involucra comprender las demandas de los asegurados y establecer sistemas de información para identificar riesgos, establecer modelos de atención en colaboración con los prestadores de servicios y realizar un seguimiento y evaluación de resultados.

Además, las EPS se encargan de la gestión de riesgo financiero para garantizar una asignación eficiente de recursos y proteger financieramente a las familias. Tienen equipos multidisciplinarios que adquieren un profundo conocimiento de la operación del sistema de atención médica, los gastos de los servicios y los modelos de uso. Además, es esencial que estén

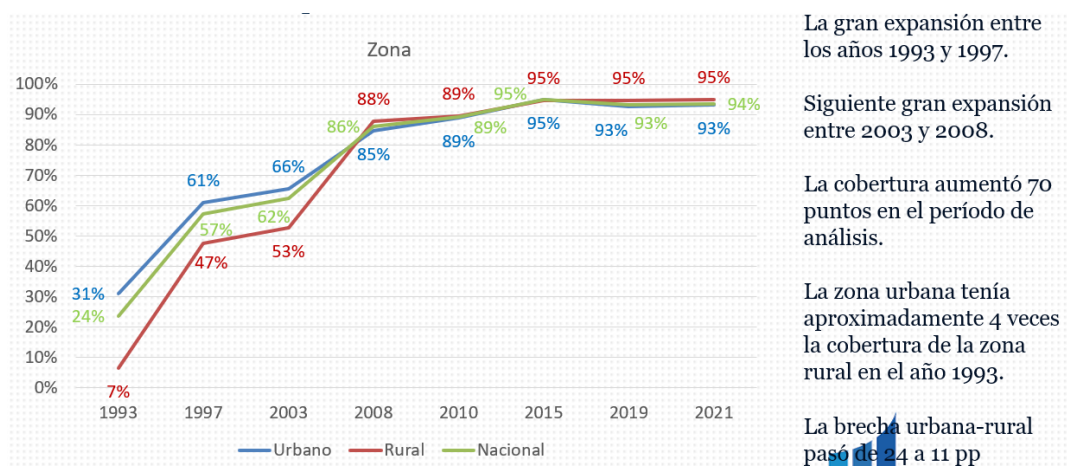
al tanto de los progresos médicos y tecnológicos que impactan en los gastos y la eficacia en la atención médica.

Las EPS gestionan el proceso completo de atención integral de un paciente en una red de atención médica de servicios de salud que suele ser fragmentada. Esto implica la coordinación de diferentes instituciones, la contratación, revisión, auditoría y seguridad del suministro de servicios médicos. Además, se encargan de distribuir eficientemente los recursos asignados y establecen políticas claras para la elección de proveedores de servicios de atención médica.

El aseguramiento brinda protección financiera a las familias y garantiza beneficios como incapacidades debido a enfermedades y licencias por maternidad. Las EPS establecen lineamientos y principios para la designación de estos beneficios, implementan mecanismos de control para prevenir el fraude y se relacionan con otras entidades como las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) y el seguro de pensión del sistema previsional.

Ahora bien, en términos de análisis, los resultados en materia de salud de los últimos 30 años, por medio de ‘encuestas de calidad de vida en los años 1993 - 1997 - 2003 - 2008 - 2010 - 2015 - 2019 – 2021’, se evidencia que el sistema de salud de Colombia ha logrado notables avances que han tenido un impacto importante en el cambio social. Sin embargo, a pesar de estos logros, todavía existen áreas que pueden ser mejoradas.

Cobertura. Desde su implementación en 1993 hasta 2021, el sistema de salud de Colombia tuvo significativos avances y cambios que impactaron tanto en el ámbito urbano como rural. Durante este período, se logró un importante progreso en la reducción de la brecha entre la atención médica en zonas urbanas y rurales, como lo revela el siguiente gráfico 1.

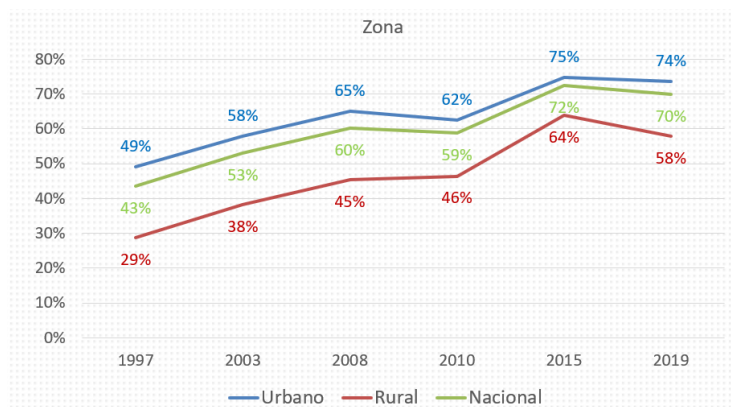
Figura 18.*Reducción de la brecha entre la atención médica en zonas urbanas y rurales*

Fuente. Información obtenida de DANE - Encuesta de Calidad de Vida

El mayor descenso de la brecha en la cobertura en zonas rurales se muestra del año 1993 al año 1997 aumentando su cobertura de un 7% a un 47% respectivamente, y en el año 2003 al año 2008, aumentando su cobertura de 53% a un 88%, lo que significa que en donde más disminuyó la brecha fue en la zona rural, evidenciándose que el aumento de la cobertura en el año 2021 de la zona rural quedó en 95% y en la zona urbana en 93%.

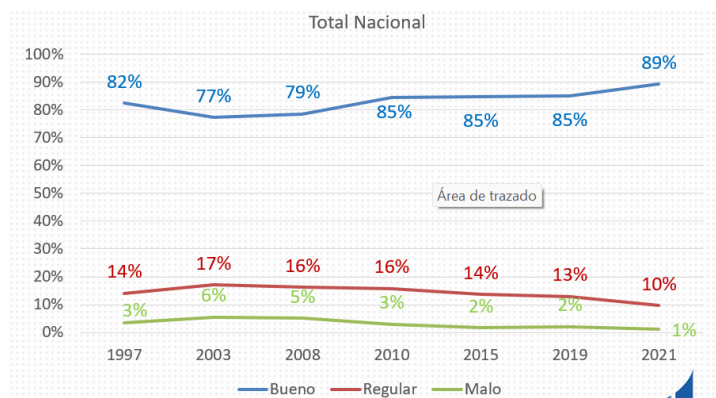
Encuesta sobre el acceso a servicios de salud preventiva. Los hallazgos revelan cambios significativos en los estándares de conducta de los individuos en términos de asistencia médica preventiva en zonas urbanas y rurales entre 1997 y 2019. En 1997, el 49% de las personas en la zona urbana asistía al médico por razones de prevención. Sin embargo, para el año 2019, este porcentaje aumentó significativamente a un 74%. Este cambio indica un aumento de 25 puntos porcentuales en un período de 22 años. Este incremento sugiere que, en la zona urbana, más personas se han vuelto conscientes de la importancia de la atención médica preventiva y han tomado medidas para cuidar su salud de manera proactiva.

En comparación con la zona urbana, en la zona rural hubo un cambio aún más notable en el comportamiento de asistencia médica preventiva. Se muestra que el porcentaje de personas que asisten al médico por prevención se duplicó en el período analizado.

Figura 19.*Aumento del acceso a servicios de salud preventiva*

Fuente. Información obtenida de DANE - Encuesta de Calidad de Vida

Calidad del Servicio. El estudio realizado por encuestas en cuanto al nivel de excelencia en la prestación del servicio a nivel nacional, muestra que el nivel de satisfacción muy alto. Se califica como bueno el servicio en un 89% y en el mismo año solo el 1% lo considera malo.

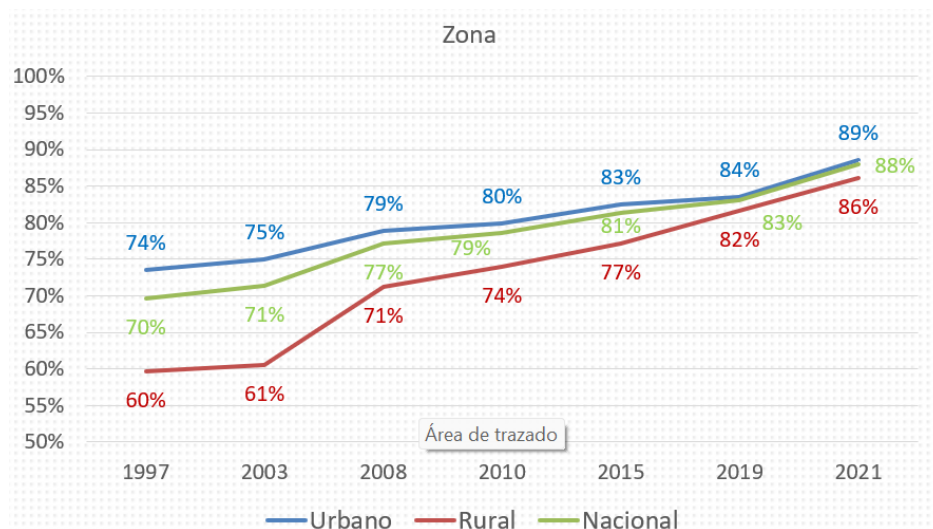
Figura 20.*Reducción de mala calidad del Servicio.*

Fuente. Información obtenida de DANE - Encuesta de Calidad de Vida

Encuesta sobre la condición de salud. En la encuesta realizada que establece la condición de salud en términos generales para el individuo encuestado, sigue evidenciando que la brecha rural – urbano ha disminuido, demostrando que no hay grandes diferencias en el estado de salud bueno y muy bueno que al año 2021 en zonas rurales quedo en 86%, mientras que el estado de salud bueno y muy bueno en zonas urbanas en el mismo año quedo en 89%.

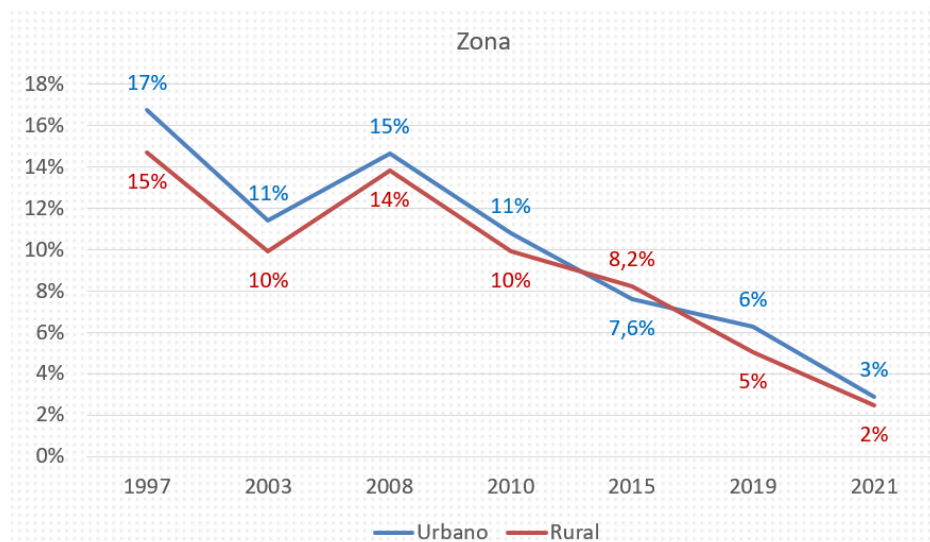
En 1997, el 60% de las personas en la zona rural calificaba su estado de salud como muy bueno o bueno y para el año 2021, este porcentaje aumentó significativamente a un 86%. Este aumento de 26 puntos porcentuales en el índice de individuos que opinan que su condición de salud es muy bueno o bueno en la zona rural sugiere que ha habido mejoras sustanciales en la salud percibida en el área rural.

En 1997, el 74% de las personas en la zona urbana categorizaba su condición de salud como muy bueno o bueno y para el año 2021, esta cifra aumentó a un 89%. Se muestra un aumento de 15 puntos porcentuales en el índice de individuos que sienten que su condición de salud es muy bueno o bueno en el área urbana. Esto muestra que, aunque el aumento en la zona urbana es ligeramente menor en comparación con la zona rural, sigue habiendo una destacable mejora en la percepción del estado de salud de cada persona.

Figura 21.*Reducción de estado de salud malo.*

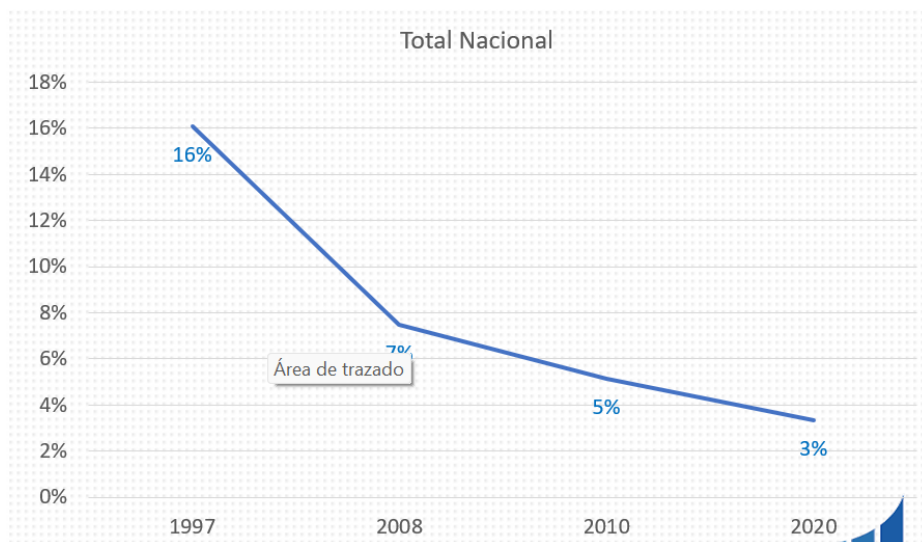
Fuente. Información obtenida de DANE - Encuesta de Calidad de Vida

Problema de Salud sin Hospitalización. La encuesta revela respuestas que determinan si en el último mes, la persona ha experimentado alguna enfermedad, lesión, problema dental u otra afección de salud que no haya requerido hospitalización. Teniendo en cuenta lo anterior, se observa una constante disminución en los índices demográficos, con un predominio continuo de la población urbana sobre la rural. Sin embargo, en el año 2015, se destaca una excepción a esta tendencia, ya que la población rural disminuyó ligeramente en un 8,2%, mientras que la población urbana también experimentó una disminución, pero en menor medida, llegando al 7,6%.

Figura 22.*Reducción de problemas de Salud sin Hospitalización.*

Fuente. Información obtenida de DANE - Encuesta de Calidad de Vida

Encuesta sobre el costo en salud. Esta encuesta aborda el tema del gasto mensual por persona en una variedad de servicios médicos y de salud. Estos servicios incluyen consultas médicas y odontológicas, vacunas, medicamentos y fórmulas médicas, exámenes de diagnóstico, terapias de rehabilitación, terapias alternativas, transporte hacia los lugares de atención, lentes y artículos ortopédicos, así como cirugías y hospitalización.

Figura 23.*Reducción de gastos en servicios de salud.*

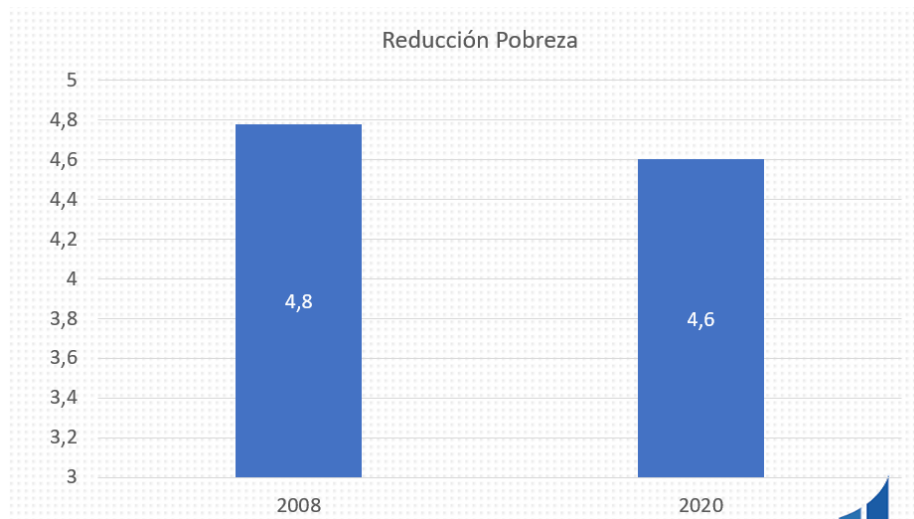
Fuente. Información obtenida de DANE - Encuesta de Calidad de Vida

La encuesta a nivel nacional muestra que hubo una reducción de gastos en servicios de salud, disminuyendo en el 1997 de un 16% a tan solo un 3% de gastos en el año 2020.

La pobreza y la desigualdad son afectadas por la incidencia. La encuesta aborda el impacto de las transferencias provenientes del aseguramiento subsidiado en los ingresos individuales. Se busca determinar que tanto estas transferencias influyen en la reducción de la pobreza y en los niveles de desigualdad de ingresos, medidos a través del índice de Gini. La grafica muestra una reducción de pobreza pasando de 4.8 en el año 2008 a 4.6 en el año 2020. Si bien hay disminución en la desigualdad de ingresos, esta reducción de 0.2 puntos porcentuales a lo largo de 12 años puede sugerir una mejoría en las condiciones económicas y sociales de la población.

Figura 24.

Reducción de Pobreza y desigualdad.



Fuente. Información obtenida de: DANE - Encuesta de Calidad de Vida

Conclusiones

A lo largo de la historia, se ha destacado la importancia de la promoción de la salud como un enfoque que va más allá de la mera atención médica y se centra en mejorar las condiciones de vida de las personas. La promoción de la salud no se limita a la atención médica individual, sino que involucra a toda la población y busca impulsar el desarrollo humano y el bienestar tanto de las personas sanas como de las enfermas. Esto implica la necesidad de un compromiso a largo plazo y una inversión significativa por parte del Estado, como se evidencia en la implementación de leyes específicas, como la Ley 60 de 1993 en Colombia.

La historia de la salud pública en Colombia es un testimonio de la evolución constante y los esfuerzos continuos para mejorar la atención médica y la calidad de vida de su población. Desde los primeros pasos en la gestión de la salud pública durante la Revolución Industrial hasta la creación de organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) después de la Segunda Guerra Mundial, Colombia ha avanzado en la atención médica y la prevención de enfermedades.

Los resultados del análisis resaltan la complejidad de los determinantes de la salud en Colombia. Por un lado, ciertos factores, como los ingresos más altos, la educación superior, el género masculino y la residencia en áreas urbanas y económicamente desarrolladas, se correlacionan positivamente con una mejor percepción de la salud. Por otro lado, grupos vulnerables, como personas mayores, con menor nivel educativo, mujeres, afrodescendientes, desempleados y residentes en áreas rurales, enfrentan desafíos persistentes en términos de salud.

A pesar de los esfuerzos por promover la salud y prevenir enfermedades en Colombia, existen desafíos importantes en la implementación de políticas efectivas. Estos desafíos incluyen la falta de financiamiento adecuado para las prácticas de promoción de la salud, la falta de

coordinación intersectorial, la debilidad en la participación comunitaria y la necesidad de un enfoque más profundo en los factores políticos que influyen en la salud. Para avanzar en la promoción de la salud, se requiere una mayor colaboración y un enfoque más amplio que aborde los determinantes sociales de la salud.

La implementación de la MIAS busca abordar los desafíos evidenciados mediante un enfoque integral que incluye estrategias como la atención primaria centrada en la familia y la comunidad, la gestión integrada de riesgos y la atención diferenciada. Sin embargo, las divergentes perspectivas sobre la salud en Colombia, que van desde considerarla un derecho social no esencial hasta un derecho fundamental y ético, plantean desafíos significativos en la implementación de este modelo.

El MIAS comprende diez componentes esenciales que van desde la caracterización poblacional hasta el reforzamiento de la investigación, innovación y adopción de conocimiento en el sistema de salud. Estos componentes desempeñan un papel crucial en la mejora del bienestar y desarrollo de las personas y en la prestación de servicios de salud personalizados y efectivos.

Las políticas de salud pública y la gestión de la salud en Colombia están interconectadas y desempeñan un papel fundamental en la calidad de vida de la comunidad. A pesar de los intentos y avances, persisten desafíos significativos en términos de cumplimiento y eficiencia en la gestión del sistema de salud.

La falta de una regulación efectiva, la corrupción, la debilidad institucional y la ausencia de transparencia en la ejecución de políticas públicas han debilitado el sistema de salud de Colombia. Se requieren reformas estructurales y una mejora en la gobernanza para abordar estos

problemas y garantizar un sistema de salud más eficiente y equitativo para todos los ciudadanos colombianos.

La salud pública en Colombia se enfrenta a desafíos estructurales y operativos que influyen de forma negativa en la calidad y equidad de la atención de servicio médico. Es esencial abordar estos problemas Para garantizar que todos los habitantes de la localidad tengan la posibilidad de acceder a los servicios necesarios de atención médica adecuados y de calidad en el país.

Dentro de los desafíos significativos del sistema de salud colombiano van desde las disparidades en la accesibilidad a los servicios de atención médica hasta problemas financieros y de coordinación. Enfrentar estos problemas requerirá una reforma integral que busque garantizar una atención médica equitativa y sostenible para todos los ciudadanos.

Los desafíos presentados en el capítulo 2 evidencian la urgencia de encontrar medidas para asegurar la sostenibilidad, la ecuanimidad y la eficiencia del sistema de salud en Colombia. Abordar estos desafíos requerirá medidas efectivas de financiamiento, reformas estructurales para promover la equidad y la coordinación, así como esfuerzos para combatir la corrupción y mejorar ‘la promoción de la salud y la prevención de enfermedades’.

Colombia es una nación que posee una amplia variedad geográfica y cultural asombrosa que ha superado desafíos históricos y está avanzando hacia un futuro más prometedor. Aunque persisten problemas, el país trabaja para abordarlos y construir una sociedad más equitativa y próspera en el aspecto de gestión de la salud pública.

El sistema de salud en Colombia ha logrado avances notables que han tenido efecto beneficioso en la salud y el bienestar de la comunidad en su totalidad. Estos datos sugieren que

ha evidenciado avances sustanciales en cuanto a la expansión de la cobertura, el acceso, la mejora en la calidad de los servicios y la protección financiera.

Es esencial mantener y mejorar estos logros a medida que el sistema evoluciona y enfrenta nuevos desafíos, como la calamidad de COVID-19. En general, el sistema de salud en Colombia ha logrado avances significativos, pero debe seguir trabajando para garantizar una atención de alto nivel y con equidad para toda la población.

La inversión en atención médica preventiva, la igualdad de oportunidades para acceder a servicios de alta calidad y el enfoque en la reducción de la pobreza y la desigualdad deben seguir siendo prioridades para garantizar un sistema de salud robusto y sostenible en Colombia.

Recomendaciones

Fortalecimiento de la atención primaria de salud

Promover la inversión en la atención primaria de salud para garantizar un acceso equitativo y efectivo a servicios de atención médica de calidad en todas las regiones del país.

Desarrollar programas de capacitación y formación para el personal de salud de nivel primario, enfocados en la prevención, promoción y atención de enfermedades crónicas y comunes, así como en la atención integral de la salud de las comunidades.

Mejora en la gestión de recursos y financiamiento

Implementar sistemas de financiamiento público de la salud más eficientes y sostenibles, asegurando una distribución equitativa de los recursos para garantizar el acceso a la atención médica de calidad para todos los ciudadanos.

Fomentar la transparencia y la rendición de cuentas en la administración de los recursos de salud pública, combatiendo la corrupción y promoviendo la eficiencia en la gestión de los fondos de salud.

Fomento de la prevención y promoción de la salud

Diseñar e implementar campañas de educación y concientización a nivel nacional para promover estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades y la importancia de la vacunación.

Establecer políticas de salud pública que aborden los determinantes sociales de la salud, como la vivienda, la alimentación y el acceso al agua potable, para reducir las desigualdades en salud y mejorar el bienestar de la población.

Bibliografía

Banco de la Republica. (8 de Mayo de 2023). *Financiamiento del Sistema de Salud en*

Colombia: Fuentes y usos. Obtenido de Banco de la Republica:

<https://www.banrep.gov.co/es/financiamiento-sistema-salud-colombia-fuentes-usos>

Capítulo 4. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD.

(s.f.).

<https://www.paho.org/hia2007/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Cap%204.pdf>

Capitulo VI. Salud Publica y Social. (s.f.).

<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/2390/9789587194036.11.pdf?sequence=11>

Cid, C. (1 de Diciembre de 2011). *Revista Medica Revisada por Pares*. Obtenido de Medwave:

<https://www.medwave.cl/revisiones/analisis/5264.html>

Colombia de Trasplantes. (27 de enero de 2022). Obtenido de

<https://colombianadetrasplantes.com/web/donacion/atencion-fragmentada/#:~:text=La%20fragmentaci%C3%B3n%20en%20el%20servicio,podr%C3%ADa%20repercutir%20en%20los%20usuarios.>

Delgado, J. (11 de Julio de 2022). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Telesalud-que-desafios-quedan-en-el-pais.aspx>

Eslava C., J. C. (2002). Promoción y Prevención en el Sistema. Bogotá. D.C.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642002000100001

Espinal Piedrahita, J. J., & Restrepo Zea, J. H. (18 de Octubre de 2021). Financiamiento del

sistema de salud. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v24n1/0124-0064-rsap-24-01-1i.pdf>

Farré Uribe, I. (s.f.). Evaluación de los estándares de apoyo administrativo gerencial (direccionamiento y.

Franco, A. (2021). La salud pública en Colombia (1991-2021). *Salud Publica*.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642022000100160&script=sci_abstract&tlng=es

Garcia Abreu, A., Noguera, I., & Cowgill, K. (s.f.). *Organizacion Panamericana de la salud*.

Obtenido de

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/737/9275315973.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Garcia Ospina, C., & Tobón Correa, O. (s.f.). Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Atención Primaria. Caldas.

<https://www.hsjbelen.gov.co/pdf/atencionprimariaensalud.pdf>

Gaviria, A. (Abril de 2013). *Ministerio de Salud y Proteccion Social*. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/Documents/Ley%20Reforma%20a%20la%20Salud/Exposicion-Motivos-%20Proyecto-leyredefinicion-sistema-General-SeguridadSocial-Salud%20pdf.pdf>

Kazet, R. (2009). *os estudios de casos y el problema de la selección de la muestra: aportes del sistema de matrices de datos*. . Subjetividad y procesos cognitivos.

<https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630252005.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (15 de Marzo de 2013). Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021. Bogotá D.C, Colombia.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>

Núñez Méndez, J. (s.f.). LA REFORMA A LA SALUD EN COLOMBIA. Fedesarrollo.
<https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2023/03/Propuestas-para-el-sector-salud-Fedesarrollo.pdf>

Núñez, J. (marzo de 2023). LOGROS EN EQUIDAD DEL SISTEMA DE SALUD Y LA REFORMA EN COLOMBIA. Resumen ejecutivo.

https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/4434/Report_Marzo_2023_N%C3%BA%3%B1ez_Res_Ejec.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Potes Mosquera, H. A., Portocarrero Granja, A. Y., & Jaramillo Guerrero, D. E. (Octubre de 2022). LA CRISIS FINANCIERA DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA DESDE EL AÑO. Bogotá D.C.

Rocha Sánchez, L. B., & Rocha Jacome, M. Y. (2021). Fragmentación de la gestión del modelo integral de atención en salud y las redes integrales en Colombia.

<https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/4173/MONOGRAFIA%2023%20junio%20FINAL%202.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ruiz Gómez , F., & Zapata Jaramillo, T. (2015). *Ministerio de Salud y Protección Social*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/equidad-en-salud-para-colombia.pdf>

Ruiz Gómez, F. (28 de Septiembre de 2020). *Ministerio de Salud y Protección Social* . Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-fue-elegido-presidente-del-58-Consejo-Directivo-de-la-Organizacion-Panamericana-de-la-Salud.aspx>

Universidad de la Sabana. (s.f.). *Universidad de la Sabana*. Obtenido de

<https://www.unisabana.edu.co/programas/posgrados/facultad-de-medicina/maestria-en-salud-publica/historia-de-la-salud-publica/>

Uribe Restrepo, J. P. (18 de Diciembre de 2018). *Ministerio de Salud y Protección Social*.

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/los-retos-de-la-salud-en-2019.aspx>

Urrego, A. (24 de Marzo de 2022). *La Republica*. Obtenido de

[https://www.larepublica.co/empresas/usuarios-del-regimen-subsidiado-no-deberian-tener-barreras-para-atencion-del-cancer-](https://www.larepublica.co/empresas/usuarios-del-regimen-subsidiado-no-deberian-tener-barreras-para-atencion-del-cancer-3329111#:~:text=Una%20de%20las%20m%C3%A1s%20grandes,mucho%20menor%20que%20el%20contributivo.&text=En%20este%20sentido%2C%20el%20directi)

[3329111#:~:text=Una%20de%20las%20m%C3%A1s%20grandes,mucho%20menor%20que%20el%20contributivo.&text=En%20este%20sentido%2C%20el%20directi](https://www.larepublica.co/empresas/usuarios-del-regimen-subsidiado-no-deberian-tener-barreras-para-atencion-del-cancer-3329111#:~:text=Una%20de%20las%20m%C3%A1s%20grandes,mucho%20menor%20que%20el%20contributivo.&text=En%20este%20sentido%2C%20el%20directi)

Yepes, C. E., & Marín, Y. A. (2018). *Desafíos del análisis de la situación de salud en Colombia*.

Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572018000200162