

Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura *

Health system in Colombia: a systematic review of literature

Sistema de saúde na Colômbia: revisão sistemática de literatura

Fecha de recepción: 08-10-12 Fecha de aceptación: 25-02-13
SICI: 1657-7027(201301)12:24<74:SSCRSL>2.0.TX;2-E

Carlos Andrés Merlano-Porras**
Iouri Gorbanev***

* Artículo de revisión producto de la investigación titulada *Evaluación de la factibilidad de adaptar e implementar grupos relacionados de diagnóstico como innovación en el contexto colombiano*, la cual contó con la financiación de la por la Vicerrectoría Académica, Reg. VRA 004784.

** Magíster en Economía, profesor de Cátedra del Departamento de Administración, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, Cr. 7, 40-62, Ed. Central, piso 4. Tel (571) 3208320. Correo electrónico: cmerlano@gmail.com

*** Magíster en Economía, profesor del Departamento de Administración, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: yurigor@javeriana.edu.co



Resumen

Problema: el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, es objeto de críticas por diferentes medios de opinión debido a sus altos costos de transacción, baja competitividad y eficiencia. Surge entonces el interrogante sobre la contribución que hace la Academia colombiana a la reflexión sobre el sistema de salud durante sus veinte años de existencia. El objetivo del estudio fue el de caracterizar la contribución de publicaciones académicas a la reflexión sobre el sistema de salud colombiano durante estos veinte años. **Método:** revisión sistemática de literatura en la base de datos de Scielo entre 1993 y 2012, utilizando criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** 102 publicaciones cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. De estas publicaciones, dieciséis evalúan el sistema de salud de manera positiva o negativa. Los criterios de inclusión y exclusión están detallados en la sección del método. **Conclusiones:** las publicaciones se limitan a caracterizar el sistema de salud sin formular sugerencias ni modelos alternativos. Los trabajos académicos aparecen como poco relevantes para el debate nacional.

Palabras clave: academias e institutos, sistemas nacionales de salud, revisión, Colombia

Palabras clave descriptor: sistemas de salud, políticas públicas de salud, revisión, Colombia

Abstract

Problem: The Social Security System in Health of Colombia, is criticized by different mainstream media due to its high transaction costs, low competitiveness and efficiency. The question arises about the contribution made by the Colombian Academy on the reflection over the health system during its twenty years of existence. The aim of the study was to characterize the contribution of academic publications to the reflection on the Colombian health system over the last twenty years. **Method:** systematic literature review in the SciELO database between 1993 and 2012, using inclusion and exclusion criteria. **Results:** 102 publications met the inclusion and exclusion criteria. From these publications, sixteen evaluate the health system positively or negatively. The inclusion and exclusion criteria are detailed in the method section. The Inclusion and exclusion criteria are detailed in the method section. **Conclusions:** publications merely characterize the health system without making suggestions or alternative models. The academic papers are of little relevance to the national debate.

Keywords: academies and institutes, national health systems, review, Colombia

Keywords plus: health systems, public health policies, review, Colombia

Resumo

Problema: o Sistema Geral de Segurança Social em Saúde da Colômbia é objeto de críticas por diferentes meios de opinião devido aos altos custos de transação, baixa competitividade e eficiência. Surge, então, a questão sobre a contribuição que a Academia colombiana faz à reflexão sobre o sistema de saúde durante seus vinte anos de existência. O objetivo do estudo foi o de caracterizar a contribuição de publicações acadêmicas à reflexão sobre o sistema de saúde colombiano durante estes vinte anos. **Método:** revisão sistemática de literatura na base de dados de Scielo entre 1993 e 2012, utilizando critérios de inclusão e exclusão. **Resultados:** 102 publicações cumpriram com os critérios de inclusão e exclusão. Destas publicações, dezesseis avaliam o sistema de saúde de maneira positiva ou negativa. Os critérios de inclusão e exclusão estão detalhados na seção do método. **Conclusões:** as publicações limitam-se a caracterizar o sistema de saúde sem formular sugestões nem modelos alternativos. Os trabalhos acadêmicos aparecem como pouco relevantes para o debate nacional.

Palavras chave: academias e institutos, sistemas nacionais de saúde, revisão, Colômbia.

Palavras chave descritores: sistemas de saúde, políticas públicas de saúde, revisão, Colômbia

Introducción

El Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano (SGSSS) es central para el desarrollo social y económico del país. Creado mediante la Ley 100 de 1993, este sistema rompió la historia de Colombia en un “antes” y un “después”. Se enmarcó en los principios de universalidad, cobertura, integralidad, solidaridad, igualdad, suficiencia, participación y unidad (1). Reemplazó al Sistema Nacional de Salud que funcionaba desde 1975, creó el sistema de aseguramiento y estableció relaciones de mercado entre las aseguradoras denominadas “empresas promotoras de salud (EPS)” y las “instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)”. Los usuarios se afilian a las aseguradoras, a las cuales el Estado paga una suma de dinero por año denominada “unidad de pago por capitación (UPC)”. Las aseguradoras contratan los servicios con clínicas y hospitales para atender a sus afiliados dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS) establecido por el Gobierno. El SGSSS por primera vez en la historia colombiana puso los servicios de salud (en el marco de POS), al alcance de la población colombiana, primero de manera fragmentada y restringida y, desde el año 2012, en forma completa para todos.

A pesar de este mérito, el SGSSS es objeto de críticas en los medios masivos de comunicación, la prensa profesional en salud, en la arena política nacional y en el mundo académico médico, económico y administrativo.

Según sus críticos, este SGSSS tiene altos costos de transacción, baja competitividad y eficiencia (2). Por ejemplo, el gasto en salud de Colombia en 2008 fue del 8% del PIB (3) y no alcanzaba a cubrir el 100% de la población con el POS, lo que es una muestra de su ineficiencia.

casi total de la población con el POS, excepto las personas que por alguna razón abandonan el régimen contributivo pero no califican para el régimen subsidiado. También apenas en el 2012 se logró unificar el POS contributivo y el subsidiado que se diferenciaban por el volumen de recursos y servicios. Todavía están por verse las consecuencias financieras de la unificación de estos dos planes de salud.

Desde su creación el SGSSS ha experimentado una serie de cambios mediante decretos, resoluciones, circulares y acuerdos. En 2007 se le hizo una reforma a través de la Ley 1122, dirigida a mejorar la prestación de los servicios. En 2011 se hizo una nueva reforma por medio de la Ley 1438 para fortalecer el sistema con un modelo de atención primaria. Estas reformas no han resuelto de fondo los problemas del SGSSS y ahora la sociedad colombiana se prepara a otra reforma que busca establecer un nuevo modelo de salud desde un enfoque de derechos humanos y atención primaria.

Uno de los problemas no resueltos es una excesiva complejidad del SGSSS que es incomprendible para los usuarios (4, 5). El SGSSS entrega el poder negociador a las EPS, en perjuicio de las IPS. Para el usuario, las EPS son simples intermediarias que no agregan valor sino, al contrario, restringen el acceso a los servicios, obligan a los clientes a acudir a tutelas y luego exigen recobros al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) (6).

Por lo anterior, el SGSSS introduce el espíritu de ganancia, contrario a la filosofía altruista de la medicina. Los recursos se pierden en sus laberintos y no llegan a las IPS, que están en una crisis permanente (7). La situación crítica del sistema obligó al Gobierno a presentar dos reformas: la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011. Estas reformas no han cambiado la situación y persiste la sensación de que el sistema está en crisis (8, 9).

76

Apenas en el año 2012 se logró la cobertura



La lista de problemas que el público, los políticos y los investigadores perciben y formulan, es heterogénea y evidencia que la sociedad colombiana no puede hallar las raíces de los problemas que aquejan al SGSSS. La Academia participa en el debate nacional con trabajos de investigación y reflexión sobre el sistema, pero estos trabajos se encuentran dispersos en varias revistas especializadas, por lo cual no es fácil formar una idea sistemática acerca de la contribución de la Academia a la reflexión sobre el sistema. Ante esto surge la pregunta de cuál es el aporte de la Academia colombiana a la reflexión sobre el SGSSS y sus problemas durante los veinte años de existencia de este sistema.

Método

Para responder la pregunta de investigación se utiliza la revisión sistemática de literatura, que tiene como objetivo identificar, evaluar, seleccionar y resumir toda la evidencia que sea pertinente a una pregunta de investigación (10). Se llevó a cabo una revisión sistemática de literatura en la base de datos de Scielo en el período de 1993 a 2012. Con la reformulación de la pregunta consideramos atendida esta observación. Asimismo, se formularon criterios de inclusión y exclusión para las publicaciones.

Criterios de inclusión

- a) Haber sido publicado en la base de datos Scielo. Se escoge esta base porque agrupa la literatura académica en salud que se publica en Iberoamérica, por lo cual la probabilidad de omitir alguna publicación relevante es mínima. Las publicaciones colombianas más importantes sobre temas de salud, ciencias humanas y sociales se encuentran allí. Otras bases como Scopus e ISI no son relevantes, ya que por sus altos requisitos algunas

revistas colombianas no calificarían. Por esta razón la base de datos de Scielo presenta una manera más directa y sencilla de encontrar la literatura colombiana en salud, ciencias humanas y sociales.

- b) Contener un resumen. Este criterio se usa como filtro para separar los trabajos científicos de los que no lo son.
- c) Presentar un tema relacionado con el sistema de salud en Colombia, con descripción, con evaluación o sin evaluación (positiva o negativa) del sistema.
- d) Presentar enfoques económicos (micro, macro y laborales) y administrativos (producción mercadeo, recursos humanos, finanzas y estrategias organizacionales) que sean relevantes para el sistema de salud en Colombia.
- e) Presentar estudios teóricos, empíricos y estudios de casos (cuantitativos y cualitativos).
- f) Haber sido publicado después del año de 1993, año de creación del SGSSS.

Criterios de exclusión

- a) Contener temas epidemiológicos en Colombia. Ensayos de opinión: una vez adoptada la base de datos de Scielo como criterio de inclusión, esto equivale a revisar solo las revistas indexadas, por lo cual no conviene excluir revistas. Tampoco consideramos conveniente incluir como criterio el trabajo de investigación, porque hay trabajos interesantes que no son producto de investigación o por lo menos los autores no lo indican.

Resultados

Los resultados se presentan por subsecciones

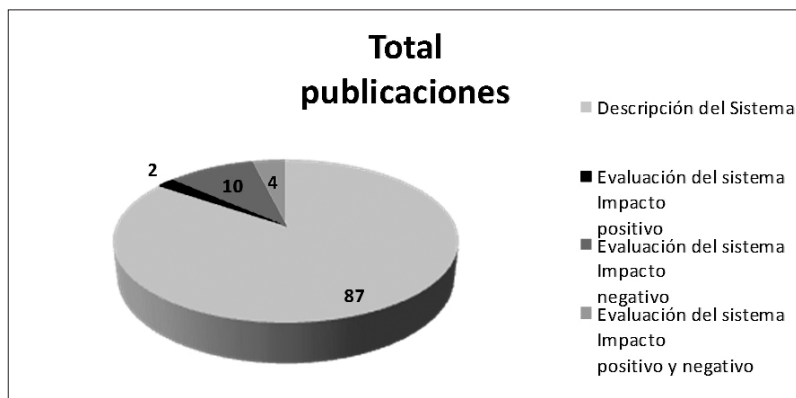


FIGURA 1. TOTAL DE PUBLICACIONES

Fuente: elaboración propia

según los criterios de análisis utilizados.

Artículos descriptivos versus artículos evaluativos

Las publicaciones que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión fueron 102 (figura 1). De estas, 86 publicaciones (84,4%) se limitan a describir el sistema de salud y sus aspectos económicos, administrativos y de salud pública. Solo dieciséis publicaciones (15,6%) evalúan el impacto negativo o positivo que ejerce SGSSS sobre el estado de salud de la población.

De estas últimas, diez hacen una evaluación negativa, cuatro una evaluación positiva y dos presentan evaluaciones mixtas.

Artículos por disciplina académica

Del total de 102, catorce publicaciones son de tipo económico, veinte de tipo administrativo, treinta de salud pública y 38 son artículos que cubren aspectos sociopolíticos. Uno de los temas que más llamaron la atención de los investigadores que realizaron trabajos de descripción y diagnóstico fue el de *equidad y cobertura*. Guarnizo y Agudelo

(11) estudian la equidad de género en el acceso a los servicios de salud. Utilizando la Encuesta Nacional de Hogares, muestran que el SGSSS mejoró la equidad manifestada como el número de consultas por parte de las mujeres en el sistema. Céspedes y colaboradores (12) estudiaron la equidad en el acceso y encontraron mejoras en la equidad en el período analizado. Otro estudio sobre ese mismo tema, realizado por Eslava (13) encuentra que existe una relación inversa entre el gasto y la inequidad en salud y se observa que la equidad mejoró. Martínez (14), mediante una encuesta a 364 hogares en la ciudad de Bogotá, demostró que gracias al SGSSS se ha logrado una mayor cobertura de la población con los servicios de salud.

Temas que se encuentran con mayor frecuencia entre los artículos descriptivos

Desde su misma creación el SGSSS llamó la atención de investigadores por la complejidad de su arquitectura. Restrepo y colaboradores (15) examinan la cadena de prestación de servicios de salud y encuentran que la integración vertical EPS e IPS limita la libre elección de los usuarios y crea riesgos éticos para el personal de la salud. Merlano

y Gorbanev (16) estudiaron el efecto que la integración vertical entre aseguradores y prestadores tiene sobre la competencia en la cadena de salud y no encontraron tal efecto. Gorbanev y colaboradores (17) analizaron la práctica de pago por desempeño en la cadena de salud y encontraron que su uso es limitado en el sector salud en Colombia. Chicaíza y García (18) evaluaron el costo-efectividad del sistema de atención primaria en Suba (Bogotá), diseñado e implementado por la Alcaldía de Bogotá, y encontraron que este modelo de APS se podría replicar en otras regiones de Colombia. Ruiz y colaboradores (19) estudiaron el modelo estándar de atención primaria que se usa dentro del SGSSS, encontraron unos problemas estructurales en el modelo y sugirieron mejoras en la gestión administrativa de las IPS en Colombia. En resumen, los trabajos publicados demuestran que la estructura de la cadena de salud bajo el SGSSS limita las opciones del usuario, impide utilizar incentivos por calidad y dificulta la atención primaria.

Siguiendo la filosofía del SGSSS, que obligó a los actores de la cadena de salud a pensar en términos estratégicos, veinte publicaciones estudian aspectos administrativos del funcionamiento de las IPS. En este sentido es ilustrativo el estudio de Arenas y colaboradores (20) sobre los indicadores administrativos y financieros utilizados en las IPS. También se puede resaltar el estudio de Lopera y colaboradores (21) sobre las dificultades administrativas de las IPS en la atención de urgencias a los pacientes. Es oportuno mencionar que en la literatura no se encontraron trabajos sobre los aspectos administrativos de funcionamiento de las EPS.

Se puede sintetizar el aporte de los investigadores así: en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia se presentan problemas administrativos en la atención de urgencias a los usuarios del SGSSS y esto se observa en estadísticas e indicadores

financieros.

En la revisión sistemática se encontraron treinta publicaciones con el enfoque de *salud pública* que estudian la dinámica de las principales enfermedades de la población colombiana desde la creación de SGSSS. Idrovo (22) estima la incidencia de enfermedades ocupacionales en Colombia y destaca un aumento en este tipo de enfermedades. Arrivillaga (23) estudia el impacto en la población de enfermedades como el VIH y encuentra unas barreras de acceso para las mujeres que las padecen (24). Piñeros y colaboradores (25) analizan el uso de la vacuna del virus del papiloma humano (VPH) a nivel regional en Colombia y encuentran que su introducción está determinada por la presión ejercida por figuras políticas. El trabajo de Rodríguez y Gómez (26) aborda los problemas de adherencia a los tratamientos cardiovasculares que se explica por determinantes económicos y culturales. Suárez y colaboradores (27) realizan un estudio sobre malformaciones congénitas donde se muestra que existe una necesidad de reformar la atención de los pacientes. Posada y colaboradores (28) abordan la dinámica de enfermedades mentales e indican que SGSSS no logró mejorar la oportunidad en el tratamiento de estas enfermedades.

Además, en la literatura se encontraron estudios de la dinámica de enfermedades tropicales como la malaria que sigue representando un serio problema de salud pública en regiones tropicales colombianas. Un estudio que resalta sobre la malaria es el de Agudelo y colaboradores (29) sobre la evaluación de opciones para el control efectivo de esta enfermedad. Las publicaciones sobre este tema muestran que en el SGSSS no mejoró la situación de salud pública.

Se encontraron 38 publicaciones que revisan aspectos sociopolíticos del SGSSS. Gómez (30) hace un análisis de la reforma

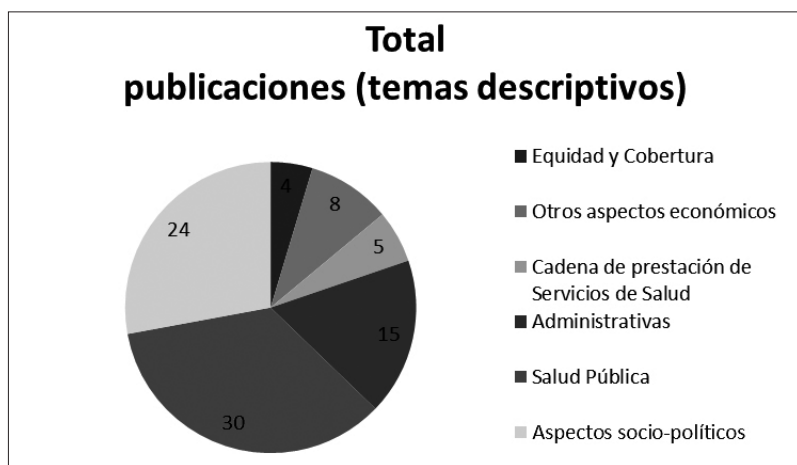


FIGURA 2. TOTAL DE PUBLICACIONES POR TEMAS DESCRIPTIVOS

Fuente: elaboración propia

del sistema realizada en 2007 y señala que este no mejoró después de introducirla. Valencia y colaboradores (31) se preguntan si los cambios normativos introducidos en la reforma son suficientes para hacer el sistema justo, equitativo y eficiente y concluyen que es oportuno unificar los planes de beneficio y reformar el modelo de atención primaria. Restrepo (32) comparte la idea de que la reforma al SGSSS formalizada en la Ley 1122 de 2007 no contribuyó a mejorar el sistema de salud. Arévalo (33) identificó uno de los aspectos sociopolíticos del sistema que necesitan ser mejorados para que este funcione: la participación comunitaria y el control social. Vélez (34) muestra la diferencia entre lo establecido en la norma sobre el SGSSS y lo percibido por los usuarios. Según este estudio, los usuarios del sistema deben instaurar el mecanismo judicial de tutela para lograr la efectiva protección del derecho a la salud. Resumiendo, las publicaciones socioeconómicas muestran que las reformas al SGSSS no resolvieron sus principales problemas.

una comparación del SGSSS de Colombia con el sistema de salud de Costa Rica, que es un sistema público integrado. Los autores señalan que en Costa Rica la participación de los actores civiles en el sistema de salud es mucho más activa que en Colombia. Por su parte, Gómez (36) estudia sistemas de salud en la región Andina y el Caribe y encuentra que dentro de estos sistemas ninguno ha cumplido con todos los requisitos de cobertura universal, equidad y calidad, excepto Cuba. Cabe mencionar que no se encontraron estudios comparados del SGSSS con Norteamérica y Europa. En resumen, los trabajos comparativos muestran las debilidades del SGSSS comparado con el Sistema Nacional de Salud y las debilidades comunes de sistemas de aseguramiento individual.

De los temas descriptivos (ver figura 2) se tienen cuatro publicaciones que cubren temas de equidad y cobertura, ocho de otros aspectos económicos, cinco de cadena de prestación de servicios de salud, quince de tipo administrativo, treinta de temas de salud pública y veinticuatro de aspectos sociopolíticos (figura 3).

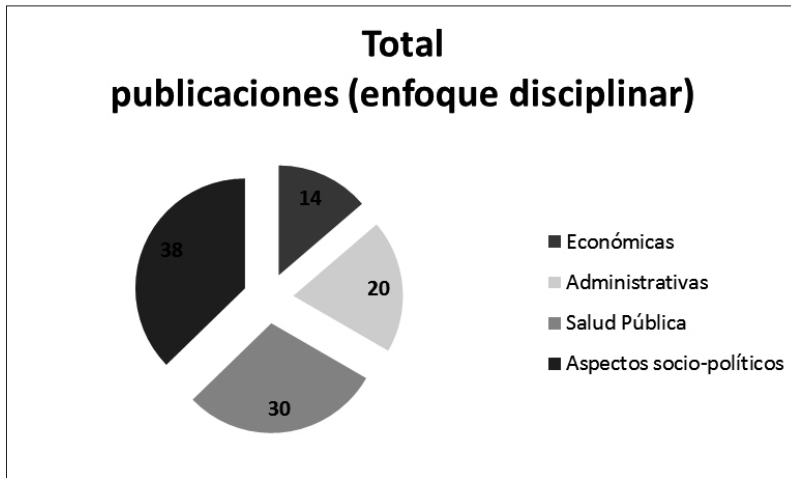


FIGURA 3. TOTAL DE PUBLICACIONES SEGÚN ENFOQUE DISCIPLINAR

Fuente: elaboración propia

Artículos por método utilizado

Del total de 102 publicaciones, diecinueve son de tipo cuantitativo y comprueban una hipótesis; cuarenta estudios de caso exploran el sistema de salud y plantean hipótesis, y hay 43 ensayos de opinión y reflexión. En estos últimos se incluyeron las tres publicaciones de revisión sistemática de literatura que aparecen en la base de datos de Scielo, debido a que estas presentan un resumen de artículos no académicos. No se encontraron trabajos teóricos que planteen modelos formales del sistema de salud colombiano.

Artículos que evalúan el SGSSS

Con el objetivo de responder la pregunta de investigación sobre el aporte de la academia colombiana y extranjera al estudio del SGSSS durante sus veinte años de su existencia, en la tabla 1 se presentan las dieciséis publicaciones que evalúan el sistema de salud.

Las dieciséis publicaciones evaluativas coinciden en que el mérito indiscutible del SGSSS consiste en la ampliación de la cober-

tura de la población con los servicios médicos y que este logro no justifica la persistencia de defectos como la incapacidad del SGSSS de organizar la promoción y prevención —lo que desmejora la salud pública—, su énfasis excesivo en la rentabilidad económica, las barreras para el acceso de los usuarios y la falta de equidad.

Discusión

Agudelo y colaboradores (43) y Vargas y colaboradores (44) realizan revisiones sistemáticas de literatura y encuentran que en el SGSSS persisten problemas de equidad y de acceso. Jaramillo (45) sostiene que se han presentado avances en el SGSSS en descentralización, financiamiento, desarrollo empresarial de los hospitales y expansión de la cobertura.

Las publicaciones dejan claro que el principal mérito del SGSSS consiste en la cobertura, lo que está de acuerdo con Jaramillo (45). Este tema quedó prácticamente resuelto en 2012 gracias a dos iniciativas: primero, la cobertura se amplió a casi el 100% de la

TABLA 1. PUBLICACIONES QUE EVALÚAN EL SISTEMA

Referencia	Método	Evaluación del sistema de salud
(37)	Artículos de reflexión: estos trabajos se tuvieron en cuenta porque fueron publicados en la base de datos de Scielo y cumplen con el requisito de inclusión. Se cambió el nombre a "artículo de reflexión" para tener mayor claridad.	Avance en la cobertura de la afiliación al SGSSS y estancamiento en indicadores de salud relacionados con la prevención.
(38)	Cuantitativo: se toman datos a partir de las encuestas de calidad de vida de 1997 y 2003.	Falencias en la cobertura de la población más vulnerable; no es sostenible para quienes tienen un trabajo informal.
(39)	Estudio de caso (cualitativo), mediante la realización de 174 entrevistas a médicos, administradores, enfermeras y usuarios.	Problemas de sobreproducción normativa; no existe correspondencia de las normas con las necesidades de salud de la población.
(40)	Estudio de caso (cualitativo) realizado entre 2005 y 2007 en Medellín, Colombia.	En el SGSSS se privilegia la rentabilidad económica por sobre la resolución de necesidades en salud.
(41)	Cuantitativo, con base en información de la Organización Mundial de la Salud.	La estructura del aseguramiento en el SGSSS ha contribuido a la realización de un adecuado manejo de los riesgos financieros y de salud.
(42)	Estudio de caso (cualitativo) en seis ciudades de Colombia: Barranquilla, Bucaramanga, Bogotá, Leticia, Medellín y Pasto.	En el SGSSS se privilegia la rentabilidad económica por sobre la resolución de necesidades en salud.
(43)	Artículo de reflexión (revisión sistemática de literatura).	En el SGSSS se tienen resultados positivos con respecto a la cobertura, el acceso a consulta, la protección financiera y el salario, pero persisten problemas de equidad.
(44)	Artículo de reflexión (revisión sistemática de literatura).	En el SGSSS se tienen problemas en el acceso.
(45)	Artículo de reflexión (revisión sistemática de literatura).	Se han presentado avances en la descentralización, el financiamiento, el desarrollo empresarial de los hospitales y la expansión de la cobertura.
(30)	Artículos de reflexión: estos trabajos de reflexión se tuvieron en cuenta porque fueron publicados en la base de datos de Scielo y cumplen con el requisito de inclusión. Se cambió el nombre a "artículo de reflexión" para tener mayor claridad.	A partir de la reforma del SGSSS la salud de la población no ha mejorado.
(46)	Artículos de reflexión: estos trabajos de reflexión se tuvieron en cuenta porque fueron publicados en la base de datos de Scielo y cumplen con el requisito de inclusión. Se cambió el nombre a "artículo de reflexión" para tener mayor claridad.	Se presentan avances en la cobertura de salud. Existen problemas respecto a la equidad y la atención en salud.
(47)	Artículos de reflexión: estos trabajos de reflexión se tuvieron en cuenta porque fueron publicados en la base de datos de Scielo y cumplen con el requisito de inclusión. Se cambió el nombre a "artículo de reflexión" para tener mayor claridad.	En el SGSSS se privilegia la rentabilidad y la racionalidad económica por sobre la resolución de necesidades en salud.
(31)	Artículos de reflexión: estos trabajos de reflexión se tuvieron en cuenta porque fueron publicados en la base de datos de Scielo y cumplen con el requisito de inclusión. Se cambió el nombre a "artículo de reflexión" para tener mayor claridad.	El SGSSS tiene problemas de justicia, equidad y eficiencia.



(32)	Artículos de reflexión: estos trabajos de reflexión se tuvieron en cuenta porque fueron publicados en la base de datos de Scielo y cumplen con el requisito de inclusión. Se cambió el nombre a “artículo de reflexión” para tener mayor claridad.	En el SGSSS persisten problemas de cobertura y salud pública y no existen avances significativos en dirección y regulación.
(48)	Artículos de reflexión: estos trabajos de reflexión se tuvieron en cuenta porque fueron publicados en la base de datos de Scielo y cumplen con el requisito de inclusión. Se cambió el nombre a “artículo de reflexión” para tener mayor claridad.	En el SGSSS se debe fortalecer la regulación.
(49, 51)	Artículos de reflexión: estos trabajos de reflexión se tuvieron en cuenta porque fueron publicados en la base de datos de Scielo y cumplen con el requisito de inclusión. Se cambió el nombre a “artículo de reflexión” para tener mayor claridad.	En el SGSSS, la equidad y la accesibilidad de los servicios de salud han mejorado para algunos grupos de población. Persisten problemas en la cobertura, el paquete diferencial de servicios para los regímenes contributivo y subsidiado, la oferta de servicios y la distribución regional del recurso humano, así como fallas de las redes de servicios y fallas de mercado.

Fuente: elaboración propia

población (exceptuando a los que por alguna razón se quedan por fuera del régimen contributivo y no califican para el régimen subsidiado, por lo cual son atendidos como personas vinculadas). Segundo, en el 2012 se unificaron los dos POS (contributivo y subsidiado), que se diferenciaban por el volumen de servicios. Falta ver el efecto financiero de esta solución. Al reconocer el logro de la cobertura, la literatura se concentra en tres temas críticos:

1. Evidencia de la debilidad del SGSSS en cuanto a la prevención y la salud pública. La intención de sus creadores consistió en que las EPS, a las cuales el Estado capita a los usuarios, estuvieran interesadas en hacer la prevención para detectar tempranamente las enfermedades y reducir los costos de tratamiento. Esta expectativa no se hizo realidad y el SGSSS se concentró en curar. Esta es una de las razones por las cuales en Colombia los enfermos crónicos llegan al médico en estado avanzado de enfermedad, lo que reduce sus expectativas de vida (50).
2. El énfasis de los actores del sistema en la rentabilidad va en contra de los valores que enseñan en las facultades de Medicina y causa perjuicio al estado de salud de la población. Buscando la rentabilidad, las EPS tienen el incentivo incorrecto de restringir el acceso a los servicios, lo que está de acuerdo con Agudelo y colaboradores (43) y Vargas y colaboradores (44). Esto disuade a algunos usuarios de usar los servicios médicos y obliga a otros usuarios a acudir al sistema judicial. Este último pronuncia una sentencia favorable en forma de una tutela, la cual obliga a la EPS a prestar el servicio en cuestión y, curiosamente, abre el camino para que esta recobre en el Fosyga los gastos ocasionados. Al final, la EPS sigue teniendo el incentivo de mejorar su rentabilidad restringiendo el acceso a los servicios médicos.
3. La expectativa de que el mercado se encargará de aumentar la eficiencia en la prestación de servicios quedó incumplida. En veinte años Colombia no logró crear el sistema de información ni las reglas de juego que permitieran reducir costos de transacción en la cadena de salud ni incentivar la competencia entre IPS y EPS. Las causas de este

fracaso deberían ser objeto de atención académica. Los hallazgos en este tema no están de acuerdo con Jaramillo (45), quien destaca la descentralización, el financiamiento, el desarrollo empresarial de los hospitales como méritos del SGSSS. Por lo visto, la diferencia se debe a al pequeño volumen de publicaciones que había en 2002 cuando fue publicado el trabajo mencionado.

El aporte de la Academia a la reflexión sobre el SGSSS es modesto y tardío: las primeras publicaciones sobre este sistema aparecen en el año 2000, siete años después de haber sido creado. La Academia aparece poco ambiciosa a la hora de sugerir soluciones y plantear modelos alternativos de salud. Las propuestas formuladas no traen comprobación por medio de modelo formal, de escenarios o de simulación. Como resultado, las ideas se quedan sin soporte y tienen pocas oportunidades de ejercer efecto sobre el mundo real. Una posible explicación de esta situación consiste en que en la base de datos Scielo no se encontraron trabajos sobre los aspectos administrativos del funcionamiento de las EPS, lo que hace pensar en las dificultades de acceso a estas para los investigadores.

El presente trabajo tiene limitaciones, entre las cuales figura su enfoque exclusivo en la base de datos Scielo. Para futuras investigaciones se recomienda ampliar la revisión a otras fuentes por fuera del ámbito iberoamericano. La limitación mencionada no impide que el presente trabajo realice un aporte a la literatura, porque permite formar una imagen sintética de las investigaciones y publicaciones sobre el SGSSS y comprenderlo mejor. En el futuro sería interesante plantear preguntas sobre el posible efecto que ejercen las publicaciones académicas sobre el debate público y el diseño del sistema de salud colombiano.

Referencias bibliográficas

1. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Salud y Gerencia*. 1987; (15): 6-28.
2. Ramírez Moreno J. La emergencia social en salud. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2010; (9): 124-143.
3. Clavijo S, Torrente C. El déficit fiscal de la Salud en Colombia: un análisis comparativo internacional. *Carta Financiera*. 2008; 143: 7-15
4. La propuesta de transformación de los hospitales y clínicas colombianas. *El Hospital*. 2012 jun. Disponible en www.elhospital.com
5. Tutelas por salud cuestan \$4.5 billones anuales, La Tarde. 2012 oct. 6. Disponible en www.latarde.com.
6. Tutelas por un acetaminofén. *El Espectador*. 2012 ago. 17. Disponible en www.elespectador.com
7. Verdades sobre la crisis del sistema de salud. *Portafolio*. 2012 jul. 23. Disponible en www.portafolio.com
8. El ajuste al sistema de salud. *El Colombiano*. 2012 ago. 16. Disponible en www.elcolombiano.com
9. Bancadas impulsarán reforma estructural al sistema de salud en Colombia. *El Universal*. 2012 jul. 27. Disponible en www.eluniversal.com.co
10. Petticrew M, Helen R. *Systematic reviews in the social sciences: A practical guide*. Blackwell Pub; 2006.
11. Guarnizo Herreño CC, Agudelo C. Equidad de género en el acceso a los servicios de salud en Colombia. *Revista Salud Pública*. 2008; (10): 44-57.
12. Céspedes Londoño JE, Jaramillo Pérez I, Castaño Yepes RA. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia, *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18 (4): 1003-1024.
13. Eslava Schmalbach J. Estudio de análisis económico, comparando los costos y la equidad en salud en Colombia, entre 1998 y 2005. *Revista Salud Pública*. 2008; 10 (1): 3-17.
14. Martínez P, Rodríguez LA, Agudelo C. Equidad en la política de reforma del sistema de salud. *Revista Salud Pública*. 2001; 3 (1): 13-39.
15. Restrepo J H, Lopera JF, Rodríguez SM. La integración vertical en el Sistema de Salud Colombiano. *Revista Economía Institucional*. 2007; 9 (17): 279-308.
16. Merlano Porras CA, Gorbanev I. ¿Por qué se limita la integración vertical en el sector salud en Colombia? *Revista Gerencia Políticas de Salud*. 2011; 10 (20): 170-180.
17. Gorbanev I, Cortés A, Torres S, Yepes F. Pago por desempeño en el sistema colombiano de salud. *Revista Salud Pública*. 2011; 13 (5): 727-736.
18. Chicaíza L, Becerra A, García Molina M. Evaluación económica y sostenibilidad financiera del Modelo de Atención Primaria en Salud (APS) en la localidad de Suba de Bogotá - Colombia. *Revista Gerencia Políticas de Salud*. 2008; 7 (14): 110-124.
19. Ruiz Rodríguez M, Acosta Ramírez N, Rodrí-



- guez Villamizar LA, Uribe LM, León Franco M. Experiencia de implementación de un modelo de atención primaria. *Revista Salud Pública*. 2011; 13 (6): 885-896.
20. Arenas Pajón CH, Tamayo Rendón CM. Indicadores administrativos y financieros antes y después de la acreditación en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *CES Med*. 2010; 24 (2): 9-20.
 21. Lopera Betancur MA, García Henao ML, Madrigal Ramírez MC, Forero Pulido C. Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2010; 28 (1): 64-72.
 22. Idrovo AJ. Estimación de la incidencia de enfermedades ocupacionales en Colombia, 1985-2000. *Revista Salud Pública*. 2003; 5 (3): 263-271.
 23. Arrivillaga Quintero M. Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/Sida: cuestión de derechos de salud. *Salud Pública México*. 2010; 52 (4): 350-356.
 24. Arrivillaga Quintero M, Alzate Posada ML, Useche Aldana B. Políticas públicas, sistema de salud y mujeres con VIH/SIDA en Colombia: un análisis crítico. *Revista Gerencia Políticas de Salud*. 2009; 8 (16): 58-71.
 25. Piñeros M, Wiesner C, Cortés C, Trujillo LM. Introducción de la vacuna contra el VPH en niveles locales de un país en vías de desarrollo: actitudes y criterios de actores clave. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26 (5): 900-908.
 26. Rodríguez Acelas AL, Gómez Ochoa AM. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. *Revista Avances en Enfermería*. 2010; 28 (1): 63-71.
 27. Suárez Obando F, Ordóñez A, Macheta M. Percepción de las madres con hijos afectados por malformaciones congénitas mayores: necesidad de desarrollo de un sistema de atención apropiado. Estudio cualitativo de grupos focales. *Colombia Médica*. 2009; 40 (1): 85-94.
 28. Posada Villa JA, Aguilar Gaxiola SA, Magaña CG, Gómez LC. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2004; 33 (3): 241-262.
 29. Agudelo CA, Corredor A, Valero MV. Evaluación de opciones para un programa innovador de control de la malaria, con base en la experiencia del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia. *Revista Salud Pública*. 2004; (6): 1-39.
 30. Gómez Uribe LF. Reflexiones suspicaces a raíz de las nuevas propuestas de "reforma a la salud". *Iatreia*. 2010; 23 (4): 405-412.
 31. Valencia M, Borrero YE, Pérez EM, Muñoz NE, Cáceres F. Modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud a la luz de una sentencia de la Corte Constitucional de Colombia: una propuesta. *Revista Facultad Nacional de Salud*. 2009; 27 (3): 356-363.
 32. Restrepo Villa R. A propósito de la Ley 1122 del 2007. Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: esperanza, mito y realidad. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2007; 25 (1): 90-105.
 33. Arévalo DA. Participación comunitaria y control social en el sistema de salud. *Revista Salud Pública*. 2004; 6 (2): 107-139.
 34. Vélez Arango AL. El derecho a la salud: políticas públicas y percepción de actores y grupos de población: del papel a la realidad. *Manizales 2008. Hacia la Promoción de la Salud*. 2009; 14 (1): 68-92.
 35. Chávez BM, Montoya Y. Comparación de las reformas de los sistemas de salud en Colombia y Costa Rica en su dimensión política. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2011; 29 (1): 65-74.
 36. Gómez Camelo D. Análisis comparado de los sistemas de salud de la región Andina y el Caribe. *Revista Salud Pública*. 2005; 7 (3): 305-316.
 37. Guerrero R, Gallego AI, Becerril Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública*. 2011; (53): 144-155.
 38. Zambrano A, Ramírez M, Yepes FJ, Guerra JA, Rivera D. ¿Qué muestran las encuestas de calidad de vida sobre el sistema de salud en Colombia? *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 (1): 122-130.
 39. Muñoz IF, Londoño B, Higueta Y, Sarasti D, Molina G. La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2009; 27 (2): 142-152.
 40. Echeverry López ME. Reforma a la salud y reconfiguración de la trayectoria de acceso a los servicios de salud desde la experiencia de los usuarios en Medellín, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2011; 10 (20): 97-109.
 41. Roa Buitrago RI. Gestión del aseguramiento en salud. *Revista EAN*. 2009; (67): 21-36.
 42. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2009; 27 (2): 121-130.
 43. Agudelo CA, Cardona J, Ortega J, Robledo Martínez R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011; 16 (6): 2817-2828.
 44. Vargas Lorenzo I, Vásquez Navarrete ML, Mogollón Pérez AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista Salud Pública*. 2010; 12 (5): 701-712.
 45. Jaramillo I. Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia. *Gaceta Sanitaria*. 2002; 16 (1): 48-53.
 46. Brown P, Díaz JA. ¿Qué rumbo debe tomar el sistema de salud colombiano?: la justificación de una comisión independiente para definir prioridades. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 38 (4): 431-437.
 47. Uribe Gómez M. La dinámica de los actores en la implementación de la reforma del sistema de salud en Colombia: exclusiones y resistencias (1995-2003). *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2011; 8 (17): 44-68.
 48. García Molina M y Chicaiza Becerra LA. Salud,

- Estado y mercado: el sistema colombiano actual visto desde la economía. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2010; 38 (4): 439-442.
49. Molina G, Rodríguez CM. Participación pública y privada en la provisión de servicios de salud, Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2007; 25 (1): 90-99.
50. Murillo, R.; Quintero, A.; Piñeros, M.; Bravo, M.M.; Cendales, R.; Wiesner, C.; Lizcano, LA. (2006) Modelo para el control de cáncer en Colombia. Bogotá, Instituto Nacional de Cancerología
51. Chicaíza L. fallas del mercado de la salud en Colombia: el caso de la insuficiencia renal crónica. *Revista Economía Institucional*. 2005; 7 (12): 191-208.

